



Curso de Licenciatura em Enfermagem

A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE PROXIMIDADE ENFERMEIROS /IDOSOS

Discentes:
Carlos Silva
Djamila Sousa
Odair Bango

Mindelo, 13 de Setembro de 2013



Curso de Licenciatura em Enfermagem

Discentes:

Carlos Silva

Djamila Sousa

Odair Bango

A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE PROXIMIDADE ENFERMEIROS /IDOSOS

**Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.**

Orientador (a):

Acélia Mireya Cáceres

Mindelo, 13 de Setembro de 2013

Dedicatória

Às nossas famílias, sem o apoio das quais não seria possível a sua concretização.

Agradecimentos

Manifestamos os nossos sinceros agradecimentos a todos que com os seus ensinamentos e estímulos contribuíram para a realização deste estudo.

À nossa orientadora professora enfermeira Acélia Mireya Cáceres da Universidade do Mindelo, pelo apoio e observações efectuadas ao longo do percurso do estudo.

A todos os professores desta Universidade, por nos terem facultado crescimento e realização pessoal.

Aos colegas de licenciatura pela sua cumplicidade e por todos os momentos partilhados de são convívio que tornou mais agradável e estimulante a realização deste curso.

Aos enfermeiros que colaboraram nas entrevistas, tornando possível este estudo.

A todas as pessoas que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

“Saber envelhecer é a grande sabedoria da vida.” (Henri Amiel)

Resumo

Esta monografia é o resultado de um estudo sobre a “enfermagem e os cuidados de proximidade enfermeiros/idosos” e também a análise de entrevistas realizadas a um público alvo, profissionais de saúde (enfermeiros), cujo objectivo central é conhecer até que ponto às vivências dos enfermeiros podem intensificar a proximidade aos idosos no hospital (medicina e cirurgia).

O estudo foi realizado com base numa abordagem qualitativa; os dados foram colhidos através de entrevistas estruturadas e registados em gravação áudio, com a permissão dos (as) participantes. Deste estudo participaram doze enfermeiros inseridos dentro do contexto hospitalar, sendo quatro do sexo masculino e oito do sexo feminino.

A análise de dados foi realizada através da pesquisa das entrevistas realizadas e foi garantido o sigilo e a não identificação dos entrevistados.

Com o aumento da esperança média de vida há uma maior propensão para a perda de autonomia, ou seja um aumento da dependência física. Com isso vem a necessidade extrema de proximidade de cuidados aos idosos procurando promover a capacidade funcional, a autonomia e a independência dos mesmos, melhorando assim a sua qualidade de vida.

As palavras-chave: Cuidados, Cuidados de proximidade, Idoso.

Abstract

This monograph is the result of a study on "nursing and closeness cares - nurses / elderly" and also in the analysis of interviews to our target audience - health professionals (nurses), where the main goal is to get to know the extent to which the experiences of nurses can enhance closeness to the elderly in hospital (medicine and surgery).

The study was based on a qualitative approach, data were collected through structured interviews and recorded on audio tape, with permission of the interviewees. This study involved twelve nurses working within the hospital, four men and eight women. Data analysis was based on a careful study of the interviews and full confidentiality and non-identification of the interviewees was ensured.

With increasing life expectancy, there is greater tendency for loss of autonomy and increasing physical dependence. There is, therefore, the need for extreme closeness of care for the elderly, promoting their functional capacity, autonomy and independence, improving their quality of life in doing so.

Keywords: Care, Closeness care, Elderly.

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	2
A história da enfermagem e os seus conceitos	3
Processo e assistência de enfermagem aplicado a gerontologia	5
O idoso ao longo da história	6
Pessoa como um ser holístico.....	9
Qualidade de vida no idoso	10
Proximidade como agente facilitador nos cuidados prestados aos idosos.....	12
Enfermeiro no ambiente hospitalar.....	13
Processo de envelhecimento.....	14
Cuidados continuados aos idosos	15
Cuidar da pessoa em fim da vida	16
Capítulo II – O Cuidar aos idosos	17
Cuidados de enfermagem a pessoa idosa - A “Vocação para Cuidar”	18
Atitudes no Cuidar	19
Comunicação com o idoso.....	20
O enfermeiro integrado na equipa interdisciplinar	21
Capítulo III – Fase metodológica.....	22
Metodologia	23
Fase Empírica - Contexto do estudo	25
Participante do estudo	25
Recolha de dados	28
Análise e interpretação de dados	29
Procedimentos éticos	31
Obstáculos confrontados nesse estudo (entrevista).....	32
Caraterização dos (as) participantes	32
Análise e interpretação da informação	33
Considerações finais	55
Referência bibliográfica	58
Anexos.....	62
Entrevistas exploratórias:.....	63
Guião de entrevista.....	63
Texto de codificação de dados por unidade de análise	64

Introdução

O presente trabalho intitulado “A enfermagem e os cuidados de proximidade enfermeiros/idosos” foi elaborado no âmbito do curso de licenciatura em enfermagem.

Esse estudo tem como propósito aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do tema já referido. Considerando que os enfermeiros são uma das principais fontes de apoio pela sua presença física constante, diversos são os desafios que se colocam à dimensão das suas intervenções, apesar da relação terapêutica (vertente profissional), que sempre é estabelecida com qualquer utente/idoso, independentemente da situação, os mesmos têm necessidade de assumir o papel de amigo (vertente mais humana) durante o acompanhamento do processo.

Nesta óptica surge-nos à questão: Até que ponto os cuidados de enfermagem prestados aos idosos contribuem para aumentar a proximidade enfermeiro/idoso? Questão esta que vem de encontro à nossa pergunta de partida. O Hospital Baptista de Sousa (medicina/cirurgia) é o nosso campo empírico.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999:49) “(...) qualquer pessoa começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Como recurso metodológico optamos pela entrevista, acompanhado de revisão bibliográfica e análise de diferentes artigos pela sua importância na percepção das diferentes teorias e conceitos relacionadas ao tema. A metodologia irá contribuir de modo significativo para obter um melhor resultado da pesquisa e compreender alguns comportamentos inerentes aos cuidados e a importância da proximidade aos idosos.

Definimos como objectivo geral para o trabalho: Compreender a relação dos cuidados de proximidade entre enfermeiros e idosos.

Os objectivos específicos centram-se em:

- ✓ Conhecer a importância da proximidade dos enfermeiros para com os idosos;
- ✓ Demonstrar os benefícios da proximidade do enfermeiro no processo de cuidados aos idosos no hospital;

Capitulo I – Enquadramento teórico

A história da enfermagem e os seus conceitos

Para definição de enfermagem é necessário olhar-se para Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna e uma escritora prolífera sobre o assunto, mas sem no entanto descuidar-se de outros autores.

A definição de enfermagem mais citada, atribuída a Nightingale é “colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele ” (Bollander 1898:7).

Em 1960, Virgínia Henderson, uma das primeiras teóricas de enfermagem a criar uma definição de enfermagem e um quadro de referência aceite por todos, para os cuidados de enfermagem, afirmou: “A função singular do enfermeiro é assistir o indivíduo doente ou saudável na execução de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou para uma morte serena) que ele levaria a cabo sem ajuda, se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”, Henderson (1960:3).

No ano de 1980, a American Nurses Association, definiu enfermagem como o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais, (ibid:9).

Passando a enfermagem a ser sinónimo de cuidar, conceptualizando este cuidar como valor fundamental que obriga a defesa e autonomia da pessoa que é cuidada. Watson (1988:24), considera a enfermagem:

“como a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do homem, que se realizam em transações humanas, profissionais, individuais e éticas. Este cuidado é traduzido nos cuidados de enfermagem assegurando uma presença contínua aos diferentes utentes”.

“A enfermagem em Cabo Verde teve o seu início no ano de 1585, aquando de um navio que se encontrava em viagem e viu-se perante a necessidade de um porto por causa da doença que se apoderava dos seus tripulantes, na esperança de serem cuidados e medicados, e na ausência de um enfermeiro, foram então atendidos por um padre”. Gomes Germana (2010:27).

“O termo enfermagem pressupõe uma realidade global ou seja, a ajuda dada a uma pessoa que caminha num continuo de vida, independentemente da idade e da condição. No entanto, para os idosos, esta realidade constitui a própria essência dos cuidados” (Berger 1995:1).

O conceito de enfermagem sofreu ao longo de anos várias alterações. Contudo pode dizer-se que a enfermagem tem sido praticada desde o início da história do homem, partir do momento em que uma primeira pessoa terá cuidado de outra pessoa, doente ou ferida, (Bollander 1988:6).

Para melhor se compreender toda a amplitude da enfermagem em geriatria/gerontologia, é conveniente, que num primeiro tempo, se define o exercício da profissão segundo a “Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec, (artigos 36 e 37:1984:8).

“Constitui o exercício da profissão de enfermeira (o) qualquer acto que tenha por objecto identificar as necessidades de saúde das pessoas, contribuir para os meios de diagnóstico, prestar e controlar os cuidados de enfermagem requeridos pela promoção de saúde, a prevenção da doença o tratamento e a readaptação, bem como o facto de prestar cuidados segundo uma prescrição médica” (Berger 1995:11).

Segundo Collière (1989 cit in Moniz 2003:97) “a enfermagem tem como preocupação principal a promoção do potencial de vida das pessoas que, na sua essência, se traduz em manter, promover e desenvolver tudo o que existe e que possa ainda, ser mobilizado”.

“A enfermagem consiste num conjunto de serviços oferecidos a uma clientela composta por uma grande parte dos idosos. O enfermeiro que trabalha em gerontologia deve ser muito humana e deve dar provas de autenticidade nas suas relações com os clientes; é simultaneamente companheira e prestadora de cuidados. Deve não só assegurar-se de que os direitos dos seus clientes são respeitados mas também informa-los convenientemente e implica-los nas intervenções apropriadas”. La Pierre, Louise et Owen, B. Adams (1989:17).

Por tudo isto, enfermagem é uma arte e uma ciência, cuja natureza e especificidade do cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, se desenrola de um modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipe actividades de promoção e prevenção de saúde.

Processo e assistência de enfermagem aplicado a gerontologia

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente quando possível, pelo ensino de autocuidado, bem como manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais Netto, (1996:222).

Assistir em enfermagem significa, fazer pelo ser humano tudo o que ele não pode fazer por si, ajudando quando parcialmente impossibilitado, supervisiona-lo ou observá-lo e encaminha-lo quando a necessidade de enfermagem complementar (ibidem).

A enfermeira que deseja uniformizar os cuidados, prestado de forma individualizado, opta pelo processo de enfermagem; (...) este método maximiza a qualidade dos cuidados reduzindo as “omissões” e “duplicações”, tão frequente quando os cuidados se baseiam na intuição, no bom senso e nos hábitos, Berger (1995:74).

Quando esse método se baseia ao quadro conceptual de Virgínia Henderson, facilita a identificação das necessidades dos clientes, nos planos bio-psico-social, cultural e espiritual e procura das fontes de dificuldades que impedem a satisfação das suas necessidades, permite igualmente elaborar intervenções que visam diminuir a influência destas fontes de necessidades (ibidem).

José Moniz (2003:27) assim, em qualquer situação de cuidados de enfermagem é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa quando está a viver um problema de saúde.

Ainda Berger (1995:4) citou que o papel do enfermeiro em cuidados de longa duração é complexo e insere numa perspectiva alargada. Visa pessoas que estão em constante relação com o meio e respeita o seu direito a uma qualidade de vida assim como

o seu crescimento pessoal. “ao cuidarmos de idosos é preciso prepararmos para todas as eventualidades. A gerontologia apresenta múltiplas facetas”. (ibid:13). (Ibid:29) afirma que “todos os utentes têm necessidades de ser escutados, apresentando no entanto, o idoso, uma maior necessidade devido a sua vulnerabilidade”.

“... considera que a rotina torna os comportamentos rígidos e, para além de levar a perda de tempo com gestos inúteis perante situações particulares, transforma os prestadores de cuidados em técnicos especializados que passam de cama em cama para fazer o que esta prescrito no plano de trabalho, Hesbeen (2001:7).

O idoso ao longo da história

Praticamente ninguém teria problemas em classificar os idosos como fazendo parte de um grupo vulnerável. São no sentido peculiar de decrescimento de algumas faculdades, físicas sobretudo, e na sua participação económica. No entanto, ao contrário de outras categorias de pessoas especialmente protegidas com fundamentos similares, ainda que invertidos, como as crianças, o grau de protecção dos direitos dos idosos está num estágio de desenvolvimento incomparavelmente mais atrasado, seja na esfera internacional, seja na interna Cabo-Verdiana.

“Idoso é aquele que já viveu ou já existiu muito tempo, porque tem muita idade, é velho” (Costa 1988). Cabete (2005:10) refere-se ao idoso “em termos biológicos, se tomarmos como primeira mudança de idade a que está relacionada com a aquisição da capacidade reprodutiva, poderemos dizer que a sua perda será a segunda mudança e que ocorre por volta dos cinquenta anos”.

A população idosa vem crescendo muito nos últimos anos no nosso país, exigindo uma reformulação na sua estrutura socioeconómico. De acordo com o último censo realizado em Cabo Verde pela instituto nacional de estatística (INE) entre 2000 e 2010:

(...) “a taxa anual de crescimento da população foi de 1,2%. A população com idade igual ou superior a 60 anos cresceu em termos absoluto, passando de 37,116% (2000) para 38,815% (2010), representando 7,7% da população residente. A população na faixa etária de 60 á 79 anos, é mais representativa no universo da população idosa, com predominância

das mulheres. Em termos proporcionais, entre os dois períodos censitários, verificou-se uma pequena redução, passando da 72,5% 2000 para 68,2% em 2010. Predominando essa tendência da evolução demográfica, prevê-se a duplicação da população cabo-verdiana, aumentando de forma acentuada a camada da população idosa, principalmente na faixa dos 60 e mais anos.

Sabendo que Cabo Verde é um país de emigração, temos de considerar a forte tendência para o regresso dos imigrantes a terra natal após a reforma, o que aumentará ainda mais essa percentagem de idosos residentes”. (B.O - Cabo Verde, 28 Novembro 2011, 8ª edição)”.

O idoso é uma parte integrante da sociedade e, é tão importante, que merece todo o respeito atenção e cuidado personalizado olhando-o como únicos e insubstituíveis. Os cuidados de enfermagem devem ser de grande relevância e qualidade para a instituição e, muito mais ainda para quem presta esses cuidados. O enfermeiro deve sentir prazer ao prestar o cuidado e, não apenas fazê-lo porque faz parte da sua rotina ou seja, deve executá-la com técnica e qualidade.

Segundo Moniz (2003:11) “envelhecer é em sentido lato um processo segundo à qual qualquer organismo vivo tal como o corpo humano, existe no tempo e vai se alternando fisicamente através de um desenvolvimento contínuo até culminar à morte”.

“A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. No decorrer dos anos tem-se tentado explicar o fenómeno do envelhecimento através de diversas hipóteses.

Citando Papalia e Olds (2000:491) que o envelhecimento é cada vez mais reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e declínio. No entanto, há ainda hoje, quem considera a idade e o crescimento contraditórios entre si.

De acordo com a CIPE o conselho de enfermeiras (2003:63) define o envelhecimento sendo:

(...) um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde da idade adulta até à velhice,

aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devido a diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pelos, pele fina e enrugada.

Tal como refere Costa et al. (1999:50), “(...) aceitar o envelhecimento, assumi-los nas suas grandezas e miséria, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta”.

O envelhecimento da população é uma realidade mundial. Ao longo dos séculos, o conceito de envelhecimento tem sofrido grandes alterações na forma como é perspectivado, entendido e sentido, uma vez que é influenciado pelas diferentes culturas e desigual evolução das comunidades. De facto, envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema. O processo de envelhecimento era encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje, Costa (Ibid:9-22).

De acordo com Netto (1996:492) “se os conceitos sobre velhice não são unânimes, menos ainda é a conceituação de velhice nas diferentes camadas sociais e geográficas, tanto nacionais como planetárias”.

Conforme Berger e Mailloux-Poirier (1995), podemos considerar o processo de envelhecimento segundo dois tipos: o primário e o secundário, mas Birren e Schroots (1996:10), acrescentam ainda o terciário. Para estes autores o envelhecimento primário corresponde ao envelhecimento normal, ou seja, “mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, que são de todo irreversíveis” como por exemplo os cabelos brancos e as rugas, que fazem parte da imagem que tradicionalmente fazemos do envelhecimento.

O envelhecimento secundário “refere-se às mudanças causadas pelas doenças que estão correlacionadas com a idade mas que podem ser reversíveis ou prevenidas” (ibid:10). Sendo o envelhecimento um processo individual, que varia substancialmente de indivíduo para indivíduo, os mesmos autores consideram que nem sempre é fácil distinguir o envelhecimento primário (não patológico) do secundário (patológico). O envelhecimento

terciário “refere-se às mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice” (ibid:10), que precedem imediatamente a morte, o que sugere a possibilidade da existência de um envelhecimento acelerado.

Costa (1999:7-21) sublinha que:

“envelhecer é uma característica, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas, definindo-o como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Contrapõe assim, ao conceito de envelhecimento normal, o do envelhecimento patológico evidente nos indivíduos cuja idade biológica é claramente superior a cronológica”.

Envelhecer, nos seres vivos, geralmente refere-se aos efeitos adversos da passagem do tempo, embora ocasionalmente o termo se refira aos processos positivos de maturação ou aquisição de uma qualidade desejável, (Busse 1999:25).

Magro (1995:327) afirma que:

“a maioria das pessoas idosas não é doente nem dependente. De facto, envelhecer é um processo natural, biológico, psicológico e social, dinâmico e não sinónimo de doença ou dependência. Porém, e apesar dos inúmeros esforços para garantir o tão preconizado envelhecimento bem sucedido, há pessoas idosas com alguma fragilidade e, por vezes, algum nível de dependência”.

O envelhecimento é um processo que se dá ao longo da vida, e começa na concepção. As alterações relacionadas a idade são inevitáveis, podendo afectar o estilo de vida, porém muitas delas podem ser contornadas para que a pessoa possa viver uma vida feliz e productiva.

Pessoa como um ser holístico

Para Watson (1985:89) “a pessoa é um ser no mundo, igual e diferente de todos os outros, com uma história de vida, com família, com amigos; é um ser no mundo que se percebe, que vive experiências e que está em continuidade no tempo e no espaço”.

Segundo Moniz (2003:7) “pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são aos 60 ou 65 anos à qual tem vindo a perder algum sentido social, uma vez que a longevidade e a qualidade de vida dessa pessoa se vai alternando”.

“a pessoa idosa é um ser no mundo que comporta diferentes dimensões (biológica, psicológica, sociológica cultural e espiritual) e interage com o seu meio ambiente, não podendo ser vista como uma pessoa jovem envelhecida, denegrida, e despersonalizada, mas sim como uma pessoa com características próprias, isto significa que, para além de ser um “ser” impar, tem uma bagagem e experiência de vida muito vasta em todas as áreas que, deverá servir de exemplo para os mais jovens” (ibid:13).

Qualidade de vida no idoso

A OMS (cit. in Tessari 2002) define qualidade de vida na terceira idade como a manutenção da saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual.

Collière (1989:235) define o cuidar como sendo:

“um acto individual, que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que fomos levados a prestar com toda a pessoa que, temporária ou definitiva, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Por sua vez, Hesbeen (2003:15) refere que” (...) o prestador de cuidados exerce uma profissão de criador. Podemos considerá-lo como um artista de cuidados que, face a cada situação humana, tentará cuidados adequados”.

Como não existe cuidar sem relação de ajuda, o enfermeiro, o cuidador deixará de tratar da doença para passar a cuidar da pessoa.

Para Lazure (1994:97):

”a relação de ajuda é o eixo pelo qual gravita o conjunto dos cuidados de enfermagem (...) o acto de ajudar impõe exigências que o enfermeiro não pode subestimar. Estas exigências inerentes ao acto de cuidar são as seguintes: 1) dar o seu tempo, 2) dar a sua competência, 3) dar o seu saber, 4) dar o seu interesse, 5) dar a sua capacidade de escuta e compreensão.”

Na enfermagem de reabilitação/cuidados “é possível a pessoa que recebe cuidados e a que os presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum” (Hesbeen 2003:75). Este percurso comum fomenta o processo de resiliência na pessoa idosa.

Assim, defende que “o próprio fundamento do processo de cuidados assenta em duas palavras: um encontro e um acompanhamento (ibid:73). ”Mas para se ir ao encontro do outro e se caminhar junto, é fundamentalmente conhecer o outro, de modo a se respeitar a sua unicidade. Para cuidar da pessoa idosa é necessária conhecer as suas diversidades intrínsecas e o seu percurso, fruto da história da vida construídas em cenários irrepectíveis.

Neste reencontro do outro, o enfermeiro tem de respeitar o projecto de vida da pessoa, e não obriga-la a percorrer o caminho que o profissional pensar ser o seu melhor para esta. O “projecto de vida da pessoa implicasse que não se pense por ela, portanto, que não se confunda o desejo de quem recebe cuidados e o desejo de quem presta” (ibid:127).

De modo a se humanizar os cuidados, deve-se promover o toque afectivo, usando o corpo como um jogo de estímulos, em que um simples toque humano, usado com uma intenção explícita, pode trazer um rasgo de felicidade e ainda, promover a activação de todos os sentidos, pois conforme defende Couvreur (1999:62 e 177):

“mesmo quando o melhor ficou para trás, os nossos sentidos permitem-nos melhorar a nossa qualidade de vida actual através da reminiscência (...); os prazeres mais deliciosos e mais puros estão a mão de cada um de nós, (...). Assim, entre grandes desígnios e pequenos prazeres quotidianos, podem caminhar sobre a rota da felicidade mais facilmente (...)”. O valor terapêutico conferido ao humor e riso também não podem ser descurados, pois conforme menciona Couvreur (1999:77/121), ”mesmo que o riso não aumente a esperança de vida, ele aumenta indiscutivelmente a qualidade de vida. (...) pois este ajuda a libertar endorfinas, às hormonas da felicidade”.

Estes valores fazem parte do cuidar, cujo objectivos é privilegiar a qualidade de tempo partilhado. Para Hesbeen (2000:47), o enfermeiro pode sempre “contribuir para o seu bem-estar, para sua serenidade, mesmo em situações mais desesperadas, porque os cuidados de enfermagem são assim, uma imensidão de pequenas coisas”.

É através de pequenas coisas que o enfermeiro contribui para dar sentido a vida e para alimentar a esperança de vida dos idosos. Estas pequenas coisas, muitas vezes fazem despertar a vivência de emoções de difícil compreensão. A enfermagem tem o seu espaço e lugar e tem que afirmar-se como profissão de ajuda, cuja preocupação fundamental é à saúde e o bem-estar do individuo como um todo, no qual se inclui a sua comunidade onde se insere.

Proximidade como agente facilitador nos cuidados prestados aos idosos

O conceito ganha uma importância considerável, no âmbito dos cuidados de enfermagem, por um lado, por envolver uma dupla proximidade (física e afectiva) e por outro, porque por essa razão, coloca problemas relativamente aos limites da relação difíceis de resolver. Por sua vez, é o enfermeiro que está mais próximo do utente, sendo quem geralmente o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade, Pacheco (2002:122).

(...) os serviços de proximidade implicam um esforço da articulação e complementaridade entre diferentes serviços e agentes: articulação com os serviços de saúde que asseguram cuidados especializados e articulação com os ajudantes naturais (em particular à família), Pimentel (2001:67).

Ao longo da existência do homem o cuidar é inerente à própria vida, tal como Collière (1989:235), afirma que:

“cuidar é um acto individual que prestamos à nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as necessidades vitais.

Para a autora supra citada, a única finalidade da aproximação dos cuidados de enfermagem “consiste em permitir aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das suas funções limitadas pelas doenças, procurando suprir a disfunção física afectiva ou social que acarreta” (ibid:241). Neste contexto, “o campo de competência de enfermagem situa-se como um prolongamento ou substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos que o cercam” (ibid:287).

Para Hesbeen (2003:73), “o próprio fundamento do processo de cuidados assente em duas palavras: um encontro e um acompanhamento”. Mas para se ir ao encontro do outro e se caminhar junto é fundamental o outro de modo a se respeitar a sua unicidade.

Berger (1995:32) proximidade física reduz a ansiedade durante a relação de ajuda. A enfermeira mantém-se perto do cliente e conserva uma atitude afectuosa favorável a comunicação.

A aproximação dos cuidados de enfermagem podem privilegiar uma relação de dependência e de controlo, ou uma relação que existe uma colaboração e um agir comum entre os intervenientes da acção, ao mesmo tempo que permitem um desenvolvimento das capacidades dos utentes e dos enfermeiros, bem como a auto realização dos mesmos.

Enfermeiro no ambiente hospitalar

De acordo com Roy, Andrews (1991:76) o ambiente da pessoa pode ser descrito como estímulos internos e externos, ou seja, como todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afectam o desenvolvimento e comportamento das pessoas ou grupos.

O ambiente é um conceito primordial para a prática de enfermagem, considerando que na opinião de Capra (1982:259/298) “a adaptação da pessoa aos diversos meio ambientes é uma das características essencial dos organismos vivos e dos sistemas sociais. Caso a mudança ambiental seja persistente o organismo necessitará passar por um processo adicional de adaptação, justificando a necessidade de uma assistência de enfermagem para uma melhoria desejável”.

Referindo-se aos ambientes hospitalares Watson (1985) cit in José Moniz, (2003:43) sublinha que são ambientes desconhecidos e, como tal percebidos como ameaçadores.

José Moniz (2003:31) mencionou que os hospitais são organizações que oferecem uma prática tecnológica avançada, mais vocacionado para a cura e por vezes desprovido de relacionamento humano.

O enfermeiro que se empenha numa relação de ajuda trabalha não só com o cliente mas também consigo próprio.

Processo de envelhecimento

Poirier (1995:104), refere que tal como o envelhecimento biológico, também o envelhecimento psicossocial suscitou imensa curiosidade e imensas dúvidas por parte dos investigadores, tendo surgido varias teorias com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento.

O envelhecimento, segundo Vieira (1996:52), é o “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas associadas a passagem do tempo”. Estas mudanças bio-psico-sociais podem ser de origem:

- ✓ Biológica – avaliada pelas capacidades funcionais e pelo limite de vida dos seres orgânicos que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e de auto-regulação.
- ✓ Psicológica – referente as capacidades comportamentais da pessoas para se adaptar ao meio. O individuo é influenciado por factores biológicos e sociais mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, os sentimentos e emoções, que ajudam a regular o controlo comportamental.
- ✓ Social – avaliada pelo papel e hábitos desenvolvidos pelo individuo na sociedade, na medida em que representa os comportamentos esperados pela sua cultura no processo dinâmico de envelhecimento.

Envelhecer é por enquanto, inevitável. Trata-se de “um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”, Ermida (1999:43).

Isto significa que o envelhecimento não é uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela. O envelhecimento é um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos e, muito embora já se tenha estudado sobre este fenómeno, não existe consenso sobre o que o causa.

Cuidados continuados aos idosos

Os cuidados continuados são uma forma de prestação de cuidados, de enfermagem, num ambiente extra hospitalar entendido nesse caso como:

“Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social centrando-se na promoção ou recuperação da autonomia e surgem na óptica de dar respostas as necessidades diferenciadas das pessoas portadoras da deficiência ou incapacitadas, bem como as pessoas portadoras de doença crónica, pois estes cuidados exigem uma atenção holística à pessoa (UAL, 2010:31)”.

Os cuidados continuados surgem num contexto na qual permite apoio aos idosos perante a necessidade de incluir as práticas de cuidados recorrentes, como afirma Bloom e Cohen (2003:26) “os enfermeiros constituem o maior grupo populacional que pode prestar cuidados culturalmente competentes a grandes grupos populacionais”.

Segundo à OMS, a percepção dos cuidados continuados depende de indivíduo para indivíduo “da sua posição na vida dentro da sua cultura e do sistema de valores de onde vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”, (OMS 2005:14). Trata-se de um conceito muito amplo que agrupa à saúde física da pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

A finalidade dos cuidados continuados segundo Nogueira (2009:5) passa por dar respostas adequadas às várias necessidades, melhores serviços de apoio continuado as pessoas em situações de fragilidade ou com doença crónica, prestar apoio de à recuperação da funcionalidade e continuidade dos cuidados pós-internamento hospitalar.

A continuidade de cuidados deve assegurar que um plano de intervenção é prosseguido, que os cuidados não são interrompidos e que a qualidade é mantida. A continuidade de cuidados é um direito da pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas.

Cuidar da pessoa em fim da vida

Frias (2003:114), cuidar de uma pessoa no fim da vida é cuidar de uma pessoa com vida, embora se trata de uma vida que se caminha para o fim. Conseguir estar com a pessoa em fim de vida é algo que os enfermeiros fazem, mas sem terem o habito de reflectirem, posteriormente sobre o que fazem, como fazem e para que fazem.

Para Ferreira et al (2007:4), os profissionais de saúde sentem “desarmados” em face da angústia dos doentes em fase terminal, dificilmente estabelecem uma relação de ajuda, sentindo insegurança, impotência perante essa situação e até mesmo um revolta interior.

Mas fazendo referencia ao “acompanhamento” que Pacheco (1999:243) refere como fazendo parte do processo de cuidar, como um elemento essencial, na história ocidental foi tradicionalmente dirigido para a morte. Falava-se de “preparação para a morte”. Era mais importante ocupar-se do futuro da alma que dos cuidados ao corpo. Esta concepção religiosa do fim da vida já não prevalece na noção de acompanhamento, tal como é definido pelas equipas de cuidados.

No fim da vida e quando confrontada com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta essencialmente no acompanhamento e no conforto (Pacheco, 2000) citado por Frias (2003:58).

Reconhecendo que cada doente em fim de vida é um ser único irrepetível no seu continuo temporal e na sua morte, requer uma atenção, uma escuta e uma presença diferente. Diríamos “cuidados” diferentes.

Capitulo II – O Cuidar aos idosos

Cuidados de enfermagem a pessoa idosa - A “Vocação para Cuidar”

“... a verdadeira intenção do enfermeiro é, e será sempre o cuidar, em qualquer das intenções no universo da saúde, Hesbeen (2001:9).

“... assim como é importante saber que todas as pessoas tem necessidade comuns é igualmente importante perceber que estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variados, em que não há dois iguais”... Henderson (2007:8).

O cuidado exige tempo, o tempo do outro. Cuidar no tempo do outro não é passividade ou indiferença, é a participação no seu caminho. O cuidado ao mesmo tempo que exige tolerância ativa pelo ritmo de crescimento e desenvolvimento do outro, exprime respeito.

O Cuidado baseia-se na convicção de que é possível ir para além do respeito pelo outro e partilhar a dor, aliviar o seu sofrimento. Afirma Phaneuf (2005:235):

“... para ajudar, o (a) enfermeiro (a) tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Neste ‘primeiro contacto’ o enfermeiro orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: escuta, olha, toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades das pessoas”.

Neste seguimento Collière (1989), refere ainda que os cuidados de acompanhamento, estimulação, desenvolvimento e de manutenção são indispensáveis nas grandes passagens da vida. Ao dependerem directamente da iniciativa e da decisão do enfermeiro, exigem um largo campo de conhecimentos biopsicológicos, psico-afectivos, culturais e espirituais.

Berger e Poirier (1995:98), referem alguns objectivos que os enfermeiros devem ter em conta na prestação de cuidados às pessoas idosas:

- ✓ Proteger e promover a saúde;
- ✓ Prevenir qualquer complicação corrente de situações patológicas;
- ✓ Satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e ou expressas;
- ✓ Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa;
- ✓ Prevenir o isolamento social;

- ✓ Ajudar a pessoas na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;
- ✓ Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades;
- ✓ Estimular a pessoas a inserir-se no seu meio.

Para reforçar apresenta-se o conceito de Boof (1999:33) onde afirma que: “cuidar é mais do que um acto, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro”.

Para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos. Antes de mais é indispensável saber quem é o outro que está aos nossos cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, sobretudo, precisa-se saber como pode ser ajudado a crescer e realizar-se o que só é possível conhecendo as necessidades específicas.

Atitudes no Cuidar

Atitudes são prestados, que afectam a escolha de uma pessoa face a um objectivo, uma outra pessoa ou uma acção e que influenciam a orientação e a direcção do seu comportamento. Representam uma disposição para reagir de forma sistematicamente favorável ou desfavorável, conforme certos aspectos do mundo que nos rodeia (Tremblay; Coutu-Wakulczyk, 1996).

Para Collière (1989:79) “a atitude e a maneira de ser do enfermeiro perante os idosos, é um conjunto de qualidades que se manifestam, exteriormente, mas que provêm da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda”.

Na opinião de Lima (1998:117), quando o enfermeiro infantiliza o idoso faz “emergir no profissional sentimentos apreendidos na relação infantil, reminiscência da relação com as pessoas, através de um linguajar familiar”.

... todos os comportamentos que fragilizam o idoso revelam um grave atentado a integridade da pessoa idosa, desvalorizam-na e ameaçam seriamente a sua independência (ibidem).

Quanto a imposição de cuidados e intimidação, parece ser uma forma consciente ou inconsciente que os enfermeiros utilizam para controlar os idosos. Muitas vezes para o fazerem utilizam ameaças, gestos reprovadores ou recorrem a brincadeiras que apenas visam ridicularizar os idosos.

Comunicação com o idoso

Na comunicação entre o enfermeiro e o doente durante a prestação de cuidados, resultaram duas categorias: Comunicação verbal e comunicação não-verbal. A categoria comunicação verbal, foi organizada essencialmente em três momentos: antes de iniciar os cuidados, durante a prestação de cuidados e após a prestação dos cuidados.

Oliveira (1999) cit in Carvalho Carvalho (2006:21) “para que se verifique mudança de comportamento individual dever-se-á, pois, investir mais no sistema de comunicação no qual o sujeito faz a sua aprendizagem do que na conduta individual do sujeito em causa”.

“a comunicação é um pilar essencial da dimensão afectiva/expressiva, implicando uma troca continua de informação, humana e pessoal, que facilita a compreensão mutua e de todo o processo de saúde-doença” Fernandes e Fernandes (2007:7).

Rodrigues (1989:103), escreve alguns princípios que o enfermeiro deve ter em conta durante a aproximação e interacção com o idoso: tratá-lo pelo seu nome e não de (vovózinha (o)); dar-lhe a possibilidade de exprimir as suas inquietações e sentimentos por este ser muitas vezes um poço de saber e conhecimentos.

Ao estudar as práticas de enfermagem, nas unidades com os idosos, também conclui que a necessidade de se aproximar e de comunicar é algo referido sempre pelos prestadores de cuidados e ou profissionais de saúde, Costa (2002:38).

Os autores referem, ainda, algumas características específicas da comunicação com o doente idoso. Em primeiro lugar há muitas barreiras na comunicação com idoso devido aos défices sensoriais; em segundo lugar o idoso e o enfermeiro têm objectivos diferentes; em terceiro lugar a diferença entre as duas gerações faz com que a aproximação e a comunicação seja mais difícil para os doentes idosos que tem valores e expectativas

diferentes dos jovens. Estes factores vão influenciar as dinâmicas de aproximação em enfermagem com os idosos, que exigem particularmente uma habilidade mais comunicativa.

O enfermeiro integrado na equipa interdisciplinar

Johnstone (1979:22) relata que:

“Cada membro da equipa hospitalar deve trabalhar com compreensão comum de todos à todos. Com a compreensão manuseio físico do paciente executado por todos os membros da equipa de reabilitação, haverá continuidade de tratamento com uma meta comum, então e somente então, o programa de reabilitação se tornara eficiente”.

Defende também Hoeman (2000:88) que, “uma equipa de profissionais com diferentes experiencias, personalidades e especializações torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional”.

De facto para que o trabalho em equipa seja funcional deve ser “orientado em torno de projectos de cuidados, ou de projecto de cuidar de uma pessoa, dirigidos aos doentes e aos seus próximos” (Hesbeen, 2003:71).

Ao cuidar, a enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes. Nesta prática, o cuidados apresenta-se histórica e contextualmente dependente das relações que se estabelecem no processo de assistência, o que o torna uma actividade bastante complexa que exige uma multiplicidade de conhecimentos.

Capítulo III – Fase metodológica

Metodologia

Para atingir os objectivos propostos, foi elaborado um instrumento de colheita de dados sob a forma de um guião de entrevista e o método deste foi aplicado à doze enfermeiros de ambos os géneros com idade compreendida entre trinta e dois à quarenta e nove anos. Este trabalho foi perspectivado de uma forma organizada, estando portanto dividido em partes. Onde a primeira parte, refere-se a parte conceptual e a segunda refere-se a fase metodológica. O trabalho empírico foi uma entrevista, realizado em duas unidades de cuidados num dos hospitais centrais do nosso país (S. Vicente), onde pretende-se compreender em profundidade, o contexto sócio profissional em que se enquadra a pesquisa e se movem os actores, ou seja, dar conta de uma realidade social vivida por estes e a forma como eles descrevem essa realidade.

Seguindo a lógica do estudo e esse corrente de pensamento, aqui vai ser destacada a metodologia que foi tomado como base nesse estudo, onde foi utilizada a análise documental, utilizando a abordagem qualitativa e a técnica de recolha de informação utilizada, foi a entrevista, entendendo ser adequado ao contexto do estudo.

A finalidade da investigação qualitativa é produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vistas dos que neles estão envolvidos, Jean V. Craig e Rosalind L. Smyth, (2002: 137).

Central a investigação qualitativa é a importância do contexto e a compreensão holística dos fenómenos. Em vez de procurar isolar e manipular variáveis, a investigação qualitativa procura estudar um fenómeno no contexto e compreender o contexto social, holístico, económico e político, dos quais ele emerge (Ibid:139).

Segundo Moniz (2002:62) em qualquer processo de investigação, tendo em conta o que se pretende estudar, importa reflectir sobre a opção metodológica a tomar. A abordagem qualitativa é considerada como aquela que permite compreender os fenómenos de forma holística, o que contribui para a compreensão desses mesmos fenómenos no seu contexto.

Bogdan e Biklen citado por José Moniz (2003:62) salientam que “o objetivo da investigação qualitativo é o de melhor compreender o comportamento e a experiência das pessoas, o que enfatizou Patton a pertinência em questioná-las acerca das suas experiências e percepções”.

“outra característica da investigação qualitativa é a produção de pesquisa de modo a não corromper o contexto natural dos fenómenos estudados”, Streubert e Carpenter (2002:19). O investigador como instrumento é outra característica da investigação qualitativa, o que implica a consciência e a aceitação de que faz parte do estudo (Ibidem).

Para Ana Queirós (2007:87) a pesquisa qualitativa são na sua maior parte voltada para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicação. Buscam o significado e a intencionalidade dos acontecimentos, das relações sociais e das estruturas sociais.

A investigação qualitativa tem compromisso de compreender a situação do mundo real tal como se revelam, do ponto de vista das pessoas que vivem nesses mundos. Isso implica entrar nos seus mundos e tentar ver as coisas do seu ponto de vista. O investigador não faz qualquer tentativa para manipular o contexto da investigação, mas ao mesmo tempo esta consciente do impacto que este pode ter sobre ele, (Jean V. Craig e Rosalind L. smyth, 2002:137).

A opção por esta abordagem permite compreender melhor este fenómeno, com vista a profundidade, as vivências dos (as) enfermeiros (as) que trabalha nessas enfermarias, onde há um grande número de idosos internados, e portanto próximo dessas pessoas idosas. Permite identificar aspectos relevantes de interesse dos pesquisadores, próprios prestadores de cuidados e a sociedade em geral. Uma outra questão de incentivo a esta escolha, é o facto dos (as) enfermeiros (as), que trabalham nestas unidades, terem uma experiência única, singulares e significativo para oferecer não só aos pesquisadores, mas a sociedade também, dando evidências a uma visão ampla de relacionamento, que adopta não só um papel social importante, como também político com ênfase determinante na compreensão da proximidade dos cuidados aos idosos nos contextos hospitalares.

Fase Empírica - Contexto do estudo

O contexto deste estudo centra-se em duas unidades de cuidados e internamento do hospital central da cidade do Mindelo, Hospital Baptista de Sousa (HBS), na segunda ilha mais populosa do país, envolvendo as enfermarias da medicina e da cirurgia. Estas dispõem de 40 camas cada, como unidades de internamentos de curta e média duração, a medicina tem 10 profissionais de enfermagem e a cirurgia tem 11 profissionais, mas que estão activos são 9 enfermeiros em unidade de medicina e 9 enfermeiros em unidade de cirurgia. Esta escolha foi motivada pelo facto de conhecer melhor o relacionamento vivenciado entre enfermeiros e idosos, por ser essas unidades onde há mais números de idosos internados nesse hospital.

A unidade do estudo HBS, é vocacionada para os cuidados a níveis de prevenção secundária e terciário. Tem como missão: responder as necessidades de cuidado de saúde em tempo útil, auxiliando os cidadãos nas suas limitações através de prestação de cuidados de saúde e das diversas competências que geram. Como valores, considera: o desenvolvimento humano, a inovação, o respeito pela dignidade da pessoa humana. Com base nesta missão e valores, os objectivos de HBS, são de dar maior cobertura na saúde na cidade do Mindelo, maximizar os ganhos em saúde de toda a população da cidade e não só, provenientes de outras paragens do arquipélago, melhorar acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde e reduzir o peso da doença, e que os cidadãos desfrutem de bons cuidados de saúde.

O HBS, dispõe de várias unidades de internamento, no entanto, não tem nenhuma unidade especificamente destinada a pessoas idosas que na maioria das vezes possuem mais do que uma doença associada e apresentam necessidade de cuidado a vários níveis.

Participante do estudo

Segundo Carpenter e Streubert (2002:24) os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiencia, em primeira mão, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse.

Na selecção dos participantes em conta alguns requisitos, é neste sentido que se dá primazia a enfermeiros prestadores de cuidados directos a utentes idosos, que todos teriam experiências de situações de cuidados aos idosos, onde surgem as suas vivências/experiências com os idosos na sua quotidianidade, principalmente em unidade de trabalho. Os participantes foram, então todos os enfermeiros da enfermaria da medicina e cirurgia, que de acordo com a norma, apresentaram aptas e que aceitaram a proposta.

Tendo como campo essas duas enfermarias desta instituição, faz-se com que conseguisse definir uma amostragem representativa do estudo, dos dezoito enfermeiros que se encontram nestes serviços, nessas duas enfermarias foram seleccionados uma amostra de doze enfermeiros, equivalente a 66,6% dos enfermeiros que de acordo com as normas para selecção, na óptica importante a problemática. Estes são todos enfermeiros, que prestam cuidados de proximidade directa a pessoa idosa, com quatro ou mais anos de serviço nessas unidades como foi referido anteriormente, que consegue ver essa temática em estudo com uma visão ampla, que tem uma certa afectividade para com as pessoas idosas, que estão no mínimo 24 horas por semana próximo dos idosos e que permite a utilização do dispositivo de gravação.

A escolha da técnica de selecção da amostra, em particular não poderá estar dissociada do questionamento que está na origem da investigação, da população estudada e dos diversos constrangimentos (por ex.: financeiros, humanos) com os quais os investigadores devem harmonizar, deve portanto ser o resultado que apela largamente o conhecimento não técnico, à formação geral do investigador (Benôit Gautheir 2003: 201).

Patton (1990) cit in Streubert e Carpenter (2002:25) intitulou este tipo de amostra como *amostra intencional* e também designada de *amostra teórica*.

Considerando os termos anteriormente mencionados, esta amostragem será do tipo intencional ou teórica, uma vez que o investigador selecciona os participantes que reúnem experiências em relação ao fenómeno a estudar, (Ibid:26) “ambos os dois termos denotam o mesmo objectivo, em abordar pessoas com experiências e culturas, ou no fenómeno de interesse. Com uma preocupação voltada para a uma descrição rica e densa do fenómeno. Este método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo baseia-se no seu

conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento (ibid:66).

Segundo Patton, (1990:169) diz que:

“... a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional”.

No entanto, a amostra, não pode ser escolhida sem precaução! Assim no caso de uma sopa, por exemplo isso não é possível se não quando os ingredientes estiverem bem misturados, quando a preparação for homogénea, quando se prova o prato Benôit Gautheir (2003:203).

Foi, com efeito o que se verificou quanto ao acesso ao campo de pesquisa, este foi assente numa primeira etapa, através de um pedido formal escrito a direcção e numa segunda etapa em que foi feito pessoalmente entregando carta e livre consentimento na secretaria para ser aceite ou não pelo enfermeiro superintendente do HBS. Após ter-se uma resposta positiva, embora com um pouco de atraso, com algumas considerações por parte do enfermeiro superintendente, posteriormente foi contactado as enfermeiras chefes das duas enfermarias, também pessoalmente, que já tinham sido informado por parte da direcção da instituição, a enfermeira chefe da medicina foi contactada primeiro, e um dia depois a da cirurgia, onde explica-se o propósito da entrevista, para que de acordo com os critérios que propusesse para a selecção dos participantes, e que ela apoia-se na identificação dos enfermeiros a abordar.

Depois de falar-se com as enfermeiras chefes dessas duas enfermarias, procede-se para falar com alguns enfermeiros que estavam nos serviços, e distribuindo o consentimento informado e uma outra folha de orientação com tema, pergunta de partida e questões a serem postas durante a entrevista, fazendo-se com um de cada vez de modo a perceberem a orientação e que não atrapalha-se o funcionamento normal da enfermaria, foi esclarecido a questão do consentimento que a qualquer hora estão livres para desistirem caso não quisessem participar no estudo, alguns enfermeiros assinaram e outros ficaram para decidir se querem ou não participar, no total foram quatro dias de visitas para

acertarem o assunto do consentimento informado com os enfermeiros nos seus locais de trabalho e todos os profissionais tiveram a mesma orientação e esclarecimentos.

Recolha de dados

Streubert e Carpenter (2002:28) consideram que:

“a entrevista como uma das estratégias mais frequentemente usadas para colheita de dados, é a entrevista aberta. Nesse caso possibilitam aos participantes explicarem suas experiências sobre o fenómeno de interesse. Geralmente são conduzidas face a face, para facilitar a partilha de informação pelos participantes, (...) quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada”.

Foi realizada, neste estudo, uma entrevista formal, semiestruturada e individual.

Para Quivy (1998:275) nas suas diferentes formas os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação do processo fundamental de comunicação e de interacção humana.

A entrevista semi-dirigida constitui uma técnica de colheita de dados frequentemente utilizada na investigação, associados aos paradigmas interpretativos e constructivos, isto é, uma abordagem de investigação que tenta compreender o sentido de um fenómeno em estudo tal como é percebido por participantes de uma investigação e que utiliza para o fazê-lo a dinâmica da co-construção de sentido que se estabelece entre o investigador e os participantes (Benôit Gauthier 2003:279).

Quivy (1998:88) citou como principais vantagens o grau de profundidade que se consegue obter dos elementos em análise, a flexibilidade e a fraca directividade do dispositivo que permite recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores.

Streubert e Carpenter (2002:18) o uso de entrevista não estruturada, da observação e de artefactos ligam o investigador a vida real quando estudam os participantes.

A entrevista consiste numa interacção verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado e isto, para compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas (Benôit Gauthier 2003:281).

As entrevistas são muitas vezes usadas na investigação em saúde para explorar o que os utilizadores sentem sobre os serviços que lhes são oferecidos, ou para compreender atitudes e percepções subjacentes a certos comportamentos de saúde e doença. São utilizadas para adquirir conhecimentos sobre a forma como as pessoas interpretam e vivenciam o mundo que as rodeia, permitindo aos investigadores o acesso a este ponto de vista e explorar e descobrir porque é que eles emergem (Jean V. Craig e Rosalind L. Smyth, 2002:139).

O percurso da entrevista é constituído por duas partes, a caracterização dos (as) enfermeiros (as) e questão semiestruturadas. O registo de dados foi realizado através de gravação áudio. A realização das entrevistas decorreu de Abril à Maio de 2013, no HBS, nas enfermarias de medicina, cirurgia e na clínica medicentro. A duração das entrevistas variou entre 30 á 60 minutos. No decorrer das entrevistas procura-se explorar e clarear o discurso, abster-se de juízos de valores, preconceitos e falsas evidências, tentando não interferir na opinião dos interlocutores, como manda as regras, proporcionando um ambiente sereno e amigável que seduzisse a livre expressão das experiências de cada enfermeiro (a), a transcrição da entrevista foi feita em casa após cada gravação, ouvindo, escrevendo e conferindo se a escrita correspondia mesmo o conteúdo gravado.

Quando os investigadores acabam de colher todos os dados é necessário começar a sua análise. A quantidade de dados colhidos e o modo como os investigadores os guardaram vai facilitar ou dificultar a sua análise. Os investigadores devem estar profundamente imersos nos dados (por vezes referindo como “residindo” com os dados). Esse processo exige que os investigadores estejam plenamente cientes do que os dados dizem. Isto exige um grau significativo da dedicação a leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas. O processo real de análise de dados toma a forma de aglomerados por dados semelhante (...). Eles ajudam os investigadores a agrupar a informação e a descobrir significado de acordo com o que os investigadores observaram e viram. Uma vez que os investigadores tenham exposto todos os temas relevantes escrevem-nos de modo compreensível para assistência interessada, (Helen J. Streubert e R. Carpenter 2002:32).

Análise e interpretação de dados

A abordagem de análise de dados desse estudo qualitativo é a Hermenêutica-dialéctica, de Minayo (2007). A autora destaca dois pressupostos deste método de análise.

- ✓ O primeiro diz respeito à ideia de que “não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção de conhecimento”.
- ✓ O segundo refere-se “ao facto de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade”.

Minayo (2007), para além destes pressupostos

- ✓ Entende que os resultados em ciências sociais não são o reflexo da mesma, mas antes uma aproximação da realidade, que nenhum dado de pesquisa pode reduzir.

Partindo destes, o mesmo propõe dois níveis de interpretação que precisam ser realizados.

- ✓ Este primeiro momento pode ser pensado esquematicamente como a busca de compreensão das determinações fundamentais, começando a serem mapeadas as categorias, que são formuladas no segundo nível de interpretação.
- ✓ O segundo nível de interpretação é caracterizado pelo encontro dos dados empíricos com o referencial teórico-fundamental. Deste modo, é ao mesmo tempo o ponto de partida e de chegada da análise. É neste nível que as entrevistas feitas com os enfermeiros (as) foram consideradas, Minayo (2007).

Sugerindo então três fases para operacionalizar este segundo momento de interpretação:

1. *Ordenação dos dados*: neste estudo, corresponde à transcrição e revisão das entrevistas.

2. *Classificação dos dados*: neste momento é importante termos em mente que os dados não existem no vazio, ou por si só. Eles são arquitectados pelas questões que nós realizamos sobre eles, com base na fundamentação teórica, através da:

2.1. Leitura horizontal e exaustiva das entrevistas, para buscar a coerência interna das informações, fazendo emergir as “estruturas relevantes dos actores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos chave e as suas posturas sobre o tema em foco” (p:358). Este facto possibilitou a construção de categorias empíricas, para mais tarde serem transformadas em categorias analíticas, teoricamente estabelecidas;

2.2. Leitura transversal: nesta fase realizei o recorte da entrevista em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância”, por “tópicos de informação” ou por “temas”. Neste processo de classificação, colocamos as partes semelhantes juntas, buscando compreender as conexões entre elas e guardando-as em códigos.

3. *Análise final*: é o momento em que se estabelece a círculo entre os dados e os referenciais da pesquisa. Sobre este círculo é que se vai estabelecer o movimento “que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstracto, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se chama, (...) “o concreto pensado”.

Procedimentos éticos

Os investigadores qualitativos devem permanecer sensíveis e estar conscientes das possibilidades de assuntos éticos que surjam e que podem não ter sido previstos (Helen J. Streubert e R. Carpenter 2002:38).

“a emergência de desenho de investigação qualitativo apresenta aos investigadores qualitativos considerações éticas relacionados com o consentimento informado” (Ibid:39).

“definiram consentimento informado de seguinte forma: “o consentimento informado significa que os participantes possuem informações adequados no que se refere a investigação; são capazes de compreender a informação, (Ibidem).

No mínimo (o consentimento informado) exige que seja dados aos seres humanos informações verdadeiras e suficiente para os ajudar a decidir se desejam ser participante na investigação (ibid:41).

Seguindo essas teorias citadas que procura-se adoptar uma postura correcta no desenvolvimento deste estudo, foram respeitados os procedimentos, garantidos pela confidencialidade dos dados, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e autorização formal da instituição de saúde onde realiza-se o estudo. Ao longo da recolha dos dados procura-se não intrometer muito com o trabalho dos profissionais em estudo, sendo pacientes, respeitar as normas e rotinas, cultura organizacional e as suas regras estabelecidas, adoptando uma postura de tranquilidade, respeito e de máximo colaboração para com todos os envolventes no estudo.

Obstáculos confrontados nesse estudo (entrevista)

Na realização desse estudo fomos confrontados com inúmeras problemas, que abrange vários níveis, no que diz respeito as bibliografias, sem duvida foi a primeira, adicionando com a falta de disponibilidade de tempo dos profissionais de saúde, para cumprir o horário marcada para entrevista, a pouca experiencia da nossa parte nessa meteria, mas o que foi mesmo uma barreira forte foi a separação que o grupo foi submetido por causa dos estágios profissionais que decorreu no momento que este estudo estava se realizando.

Caraterização dos (as) participantes

Aqui encontram-se descritos alguns dados e caracterização dos (as) 12 participantes do estudo, identificados através de letra (P) e por ordem alfabéticas, de (A até L), conforme a ordem da realização da entrevista, a caracterização dos (as) participantes do estudo foi feito de acordo com o nome, o sexo, a idade ordem de realização de entrevista e tempo de serviço profissional, serviço e sector de trabalho.

Neste estudo participaram 12 enfermeiros, 8 de sexo masculino (PM) e 4 de sexo feminino (PF), todos trabalham no hospital Batista de Sousa, nas enfermarias de medicina e cirurgia, a idade inferior dos participantes (P) é de 32 de idade e a superior é de 49 anos, o que faz com que a media de idade dos participantes ser de (40 anos de idade), o que corresponde que a idade dos participantes e de uma população adulta, quanto ao tempo de trabalho os enfermeiros (as) que tem mais idade apresentam mais tempo de trabalho.

NOME	SEXO		IDADE	TEMPO DE TRABALHO	PARTECIPANTE	LOCAL E SERVIÇO
	MASC.	FEM.				
A	X		40-50 Anos	20-30 Anos	PA	HOSPITALAR/ M
B		X	40-50 Anos	10-20 Anos	PB	HOSPITALAR/ M
C	X		40-50 Anos	10-20 Anos	PC	HOSPITALAR/ M
D		X	30-40 Anos	5-10 Anos	PD	HOSPITALAR/ M
E	X		40-50 Anos	10-20 Anos	PE	HOSPITALAR/ M
F	X		30-40 Anos	5-10 Anos	PF	HOSPITALAR/ C
G		X	30-40 Anos	10-20 Anos	PG	HOSPITALAR/ C
H		X	40-50 Anos	10-20 Anos	PH	HOSPITALAR/ M
I		X	30-40 Anos	10-20 Anos	PI	HOSPITALAR/ M
J		X	30-40 Anos	10-20 Anos	PJ	HOSPITALAR/ C
K		X	30-40 Anos	10-20 Anos	PK	HOSPITALAR/ C
L		X	40-50 Anos	10-20 Anos	PL	HOSPITALAR/ M

Análise e interpretação da informação

Noções dos enfermeiros sobre os cuidados hospitalares

Das interpretações dos dados realizados, seguindo os discursos dos participantes relacionado a noções dos enfermeiros sobre os cuidados hospitalares à pessoa idosa, emergiram a seguinte classe ou tema: “noções dos enfermeiros sobre os cuidados hospitalares à pessoa idosa” e daí foi realizado cinco subclasses ou subtemas. Aqui como podemos ver esses enfermeiros explicaram os cuidados hospitalares a pessoas idosas como bom, mas referiram que, esse cuidado poderia ser ainda melhor.

Segundo Berger (1995:2) o aumento do número de idosos permitiu aumentar a gama de serviços à oferecer e responder de forma mais adequada as suas necessidades.

PB “(...) a nível de cuidado hospitalar com pessoas idosas hoje, o cuidado é bom, mas poderia ser melhor(...)”.

Apreciações dos enfermeiros sobre os cuidados hospitalares aos idosos

Aqui nessa subclasse ou subtema podemos verificar que de acordo com às informações dos entrevistados, esses tiveram uma apreciação bastante optimista dos cuidados, dando ênfase ao bem cuidar e cuidados de qualidade, conforme as suas práticas profissionais, mas referem que os idosos chegam ao hospital com muita falta de cuidado.

Ainda Berger (1995:4) citou que o papel do enfermeiro em cuidados de longa duração é complexo e insere numa perspectiva alargada. Visa pessoas que estão em constante relação com o meio e respeita o seu direito à uma qualidade de vida assim como o seu crescimento pessoal.

PA “(...) dentro da nossa capacidade na nossa realidade são bem cuidados, pelo menos no nosso sector (...)”.

PC “(...) aqui na enfermaria na nossa realidade os idosos chegam com muita falta de cuidados, quando é examinado directamente (...)”.

PH “(...) eu acho que os cuidados hospitalares a pessoa idosa hoje em dia melhorou muito, mas ainda falta muita coisa para fazer (...)”

PI “(...) Hoje cuidados hospitalares vão-se melhorando, já não é como antigamente que não tínhamos (...)”.

PL “(...) cuidados hospitalares, tentamos prestar uma melhor qualidade de cuidados possível, a nível de atendimento, alimentação (...)”.

Enfermeiro como suporte dos idosos nos cuidados hospitalares

Os enfermeiros mostram o caminho a percorrer, ou o lado à seguir, para que possa ser um bom recurso, dando aconselhamento, consolo, elevando a auto estima do idoso, procurando abrigo para eles, aproximar os familiares dos seus idosos.

José Moniz (2003:30) citou que “aos enfermeiros compete acompanhar e, sempre que necessário, substituir as pessoas que por qualquer motivo possam estar temporariamente, ou definitivamente incapacitada nas AVD’s.

PA “ (...) eu propriamente dito no meu caso específico tento ser mais útil possível, mais perto possível dar, aconselhamento (...) ”.

PB “ (...) as vezes sentem-se deprimidos e inúteis, e então o consolo e conforto e dizê-los que mesmo velho pertencem a uma classe na sociedade (...) ”.

PC “ (...) contactamos serviços sociais para ver se conseguimos um lugar nos lares de idosos, mas muitas vezes é difícil (...) ”.

Apreciações dos enfermeiros sobre família como prestador de cuidado informal

José Moniz (2003:42) referiu que nos dias de hoje, num mundo em constante transformação, muitas dessas funções, como por exemplo, a de cuidar das pessoas idosas, tem deixado de acontecer no interior das famílias e sido confiadas a outros grupos sociais e instituições. A família “continua a ser designado pelo mesmo nome mas, por dentro, os seus fundamentos alteraram-se” (Ibid:4).

Podemos observar que os enfermeiros nos seus discursos referem uma fraca participação por parte dos familiares nos cuidados aos idosos tanto nas suas casas, como em hospital, quase todos os enfermeiros realçaram um afastamento dos familiares perante os seus idosos doentes no hospital e falta da família como cuidador informal.

PA “ (...) único problema é que os familiares, muitos não querem saber dos seus idosos (...) ”.

PC “ (...) as vezes vejo doente à chegar aqui num estado degradado, com falta de cuidado em casa (...) ”.

PF “ (...) Mais apoio familiar, ficava menos desgastante para a parte da enfermagem (...) ”.

PK “ (...) outros são abandonados por familiares e é sobrecarga para equipa de enfermagem (...) ”.

Risco do ambiente hospitalar para os idosos

Alguns dos enfermeiros entrevistados mostrou-nos as suas vivências acerca dos idosos doentes no meio hospitalar, onde destacaram os riscos que estão sujeitos, o processo de adaptação ao meio hospitalar, e alguns comportamentos que normalmente são vistas quando confrontados directamente.

Referindo-se aos ambientes hospitalares (Watson 1985) cit in José Moniz, (2003:43) sublinha que são ambientes desconhecidos e, como tal percebidos como ameaçadores.

PA “(...) sabendo que é um doente e pode contrair infecções nosocomiais com mais facilidade (...)”.

PB “(...) para não correr muitos riscos de quedas (...)”.

PH “(...) adaptação dos idosos no ambiente hospitalar porque é um ambiente que não é familiar (...)”.

PJ “(...) as vezes são agressivos porque estão a sair do seu ambiente para um ambiente estranho (...)”.

PK “(...) outros idosos são poucos receptivos (...)”.

A importância dos enfermeiros nos cuidados hospitalares

Os enfermeiros mostram os seus pontos de vistas em relação as suas importâncias ou utilidades valorizando o trabalho em equipa, o dar conforto, medicamento, alimentação dando a vida, mostram cuidar da pessoa no seu todo. Refere Berger (1995:11), que constitui o exercício da enfermeira (o), qualquer acto que tem por objectivo identificar as necessidades de saúde das pessoas, contribuir para os meios de diagnósticos, prestar e controlar os cuidados de enfermagem, a prevenção da doença, o tratamento e a readaptação, bem como o facto de prestar cuidado segundo uma prescrição médica.

PA “(...) eu desempenho um grande papel no meu trabalho, para mim, para equipa e para o doente (...)”.

PB “(...) estou dando a minha vida em função dos outros, porque cada um com o seu problema, dar conforto, medicamento, conversar, porque enfermagem não é só dar medicamento (...)”.

PE “(...) ajudo o doente, os meus colegas, os médicos na prestação de serviços (...)”

PK “(...) nos não só cuidamos da doença mas sim da pessoa no seu todo (...)”.

Como aprecias os progressos que tem ocorrido nos cuidados à nível hospitalar

De acordo com à análise dos discursos, feitos pelos participantes referente apreciações dos enfermeiros sobre o progresso dos cuidados hospitalares surgiu a seguinte classe ou tema: “apreciações dos enfermeiros sobre progresso dos cuidados hospitalares” e desta, algumas subclasses ou subtemas tais como recursos materiais nos cuidados hospitalares, recursos humanos nos cuidados hospitalares, conhecimentos adquiridos nos cuidados hospitalares, melhoramento dos cuidados hospitalares, falta de cuidados continuados para com os idosos, obstáculos organizacionais na prestação de cuidados às pessoas idosas, qualidade de cuidados prestados às pessoas idosas.

Neste aspecto alguns enfermeiros participantes deste estudo, referiram a uma considerável progresso dos cuidados hospitalares hoje em dia, abarcando mudanças positivas em todas as dimensões do cuidado, com melhores meios para satisfação das necessidades dos doentes e para o desempenho profissional.

Materiais de trabalho nos cuidados hospitalares

A nível dos materiais de trabalhos alguns enfermeiros referiram a falta de materiais e outros uma melhoria a nível de materiais, que já não é como antigamente que tinham muita falta, mas ainda precisa melhorar muito para poder dar um cuidado mais digno possível.

PB “(...) necessidades com idosos que usam fraldas, as vezes, enfrentamos dificuldade com lençóis para uso nas enfermarias (...)”.

PC “(...) por causa do tempo que não era suficiente e falta de recursos, hoje a coisa é outra (...)”.

PD “(...) é difícil, com falta de material no trabalho, como na maioria são doentes acamados, colchões, almofadas para assegurar o doente etc. (...)”.

PF “(...) porque tem falta de pessoal e de material (...)”.

PI “(...) já não é como antigamente que não tínhamos equipamentos suficientes (...)”.

PJ “(...) uma pessoa com úlcera de pressão não temos materiais propícios para lidar com a situação (...)”.

Profissionais de enfermagem nos cuidados hospitalares

Quase, todos os enfermeiros, falaram num melhoramento no que tange aos profissionais de enfermagem em relação a alguns anos atrás, que era um único enfermeiro para cuidar de quarenta doentes.

Hoje já são três, o que permite-lhes dizer que melhorou muito, mas ainda, está muito à quem, porque não conseguem prestar um cuidado humanizado, o cuidado fica mais para a doença do que para a pessoa que tem a doença, embora referem que hoje tem mais quadros e mais recursos humanos e conseguem dar melhor apoio.

PA “(...) somos poucos, e os idosos internados são muitos, e, muitas vezes não conseguimos prestar um cuidado de qualidade (...)”.

PB “(...) hoje já tem mais quadros e mais especialidades (...)”.

PC “(...) antes era um enfermeiro para quarenta doente, hoje somos três enfermeiros isso traz vantagens (...)”.

PD “(...) às vezes temos tido muita dificuldade, falta de recursos humanos, que se tivesse mais daríamos uma resposta melhor (...)”.

PE “(...) Hoje tem três enfermeiros em cada turno, o cuidado é melhor, mas não é suficiente (...)”.

Informações adquiridas nos cuidados hospitalares

Nesta subclasse ou subtema os discursos dos enfermeiros mostraram o conhecimento obtido nas práticas do cuidado e no contexto hospitalar, nos cuidados hospitalares com pessoas idosas, expressando alguns princípios da prática do cuidado.

Collière (2003:112) destaca que o conhecimento é um dinâmico permanente daquilo que nos faz nascer cada vez mais para a vida. Os cuidados são fontes de conhecimentos.

PA “ (...) mas ganhamos mais conhecimento (...)”.

PB “(...) trabalhar com velho é uma forma de trabalhar fenomenal, tem que colocar no lugar daquela doente (...)”.

PC “(...) antes tratava-mos mais da doença do que da pessoa, mas agora não, é completamente contrario (...)”.

Melhoramento dos cuidados hospitalares

Quanto ao melhoramento dos cuidados como pode-se constatar, os enfermeiros apontaram um melhoramento bastante satisfatório, dando destaque a mais números de quadros e mais especialidades, melhorias ao nível de higiene, alimentação, referem evolução.

José Moniz (2003:31) mencionou que os hospitais são organizações que oferecem uma prática tecnológica avançada, mais vocacionado para a cura e por vezes desprovido de relacionamento humano.

PA “(...) o melhoramento de cuidado é suficiente mas, poderia ser melhor (...)”.

PB “(...) hoje já tem mais quadros e mais especialidades (...)”.

PC “(...) hoje a coisa é outra, a nível de alimentação, higiene (...)”.

PD “(...) dia pós dia estão evoluindo, eu acho que estamos evoluindo (...)”.

PF “(...) hoje tem mais especialidade, mais enfermeiros, tem maior qualidade, pessoas dedicam mais aos doentes (...)”.

PL “ (...) agora o hospital esta bastante mudada e para melhor (...)”.

Falta de cuidados continuados para com os idosos

No que diz respeito a essa subclasse ou subtema pode-se dizer que os enfermeiros referiram muita falta de cuidados de continuidade, isso deve ao facto de elevado incidência de reinternamento no hospital, segundo as palavras dos participantes da entrevista quando recebem alta chegam em casa não são bem cuidados e voltam a internar novamente, tudo isso por falta de enfermagem e medicina de família e educação aos familiares.

Berger (1995:3) refere que os cuidados de longa duração, na profissão de enfermagem, representam uma dimensão. Visam a utilização máxima dos recursos individuais, necessitando dos profissionais para manter a sua autonomia, o interesse social, a autoestima, a individualidade, a valorização e integridade dos clientes.

PA “(...) Ainda temos muita falta da enfermagem e medicina de continuidade (...)”.

PC “(...) os idosos chegam cá debilitados, recebem alta e vê-se que estão com um outro aspecto, vão de alta e pouco tempo voltam a internar de novo (...)”.

PE “(...) talvez se tivesse enfermeiros na comunidade, fazendo visitas domiciliaries, melhoraria bastante (...)”.

PI “(...) na medicina são os mesmos idosos que internam, tratamos, vão para casa e pouco tempo eles tornam a voltar com falta de cuidados (...)”.

Obstáculos organizacionais na prestação de cuidados às pessoas idosas

A comunicação interpessoal, segundo Kunsch (2003:81), é a forma mais extensa e básica da comunicação humana, somando outra pessoa, a situação comunicativa, definição introdutória da dupla relação. Esse nível de análise do processo comunicacional considera que forma os indivíduos se afectam mutuamente, seja por meio de regulação ou controle de atitudes e comportamentos.

PA “(...) se tivesse menos doentes e mais enfermeiros trabalhava-se melhor, sentiria muito mais satisfeito e os idosos internados também (...)”.

PB “(...) era necessário que serviço hospitalar deixassem os familiares a visitarem seus idosos mais (...)”.

PF “(...) mas tem uma certa dificuldade em impôr algo de novo no local de trabalho (...)”.

PJ “(...), as vezes ficamos a improvisar (...)”.

Qualidade dos cuidados prestados as pessoas idosas

Hesbeen (2003:15) refere que (...) “o prestador de cuidados exerce uma profissão de criador. Podemos considerá-lo como um artista de cuidados que, face a cada situação humana, tentará cuidados adequados”.

Esses respondentes, referem mais qualidade.

PD “(...) faço educação, principalmente a idosos hipertensos, diabéticos, com défice auditivo, visual, família também (...)”.

PF “(...) hoje tem mais especialidade, mais enfermeiros, tem maior qualidade, pessoas dedicam mais aos doentes (...)”.

PH “(...) hoje temos mais enfermeiros conseguimos dar um melhor apoio e, com mais qualidade (...)”.

PI “(...) conseguimos, temos melhor meio e fazemos um bom trabalho, hoje sinto - me satisfeito os cuidados que presto aos idosos (...)”.

PJ “(...) estamos cá para prestar cuidados de saúde e para fazê-los sentir a pessoa (...)”.

Valores que os enfermeiros dão a proximidade de cuidados nos serviços hospitalares

Após à interpretação e apreciação dos discursos, aos valores atribuídos pelos enfermeiros a proximidade dos cuidados, surgindo assim a seguinte classe ou tema: “valores que os enfermeiros dão à proximidade de cuidados” e em seguida, algumas subclasses ou subtemas como: vantagens da proximidade na identificação de necessidade hospitalar, bem-estar do idoso no hospital, vantagens da proximidade em adquirir conhecimento, vantagens da proximidade na comunicação.

Através dos discursos em causa, podemos entender claramente, que a proximidade traz diversas vantagens, em vários aspectos. Por sua vez, é o enfermeiro que está mais próximo do utente, sendo quem geralmente o conhece melhor e o compreende como pessoa na sua singularidade, Pacheco (2002:122).

PA “(...) Sim eu acho que proximidade é bastante importante ajuda-me a conhecer melhor o idoso doente, analisa-lo e vê-lo no seu todo (...)”.

Vantagens de proximidade na identificação de necessidade hospitalar

Nessa subclasse ou subtema como pode ver quase todos os enfermeiros partilham da mesma ideia enfatizando a proximidade como facilitador na identificação de quase todas as necessidades do idoso.

Carvalhais (2006:37) realçou, “assim quando enfermeiros e idosos se encontram numa relação de cuidados estabeleçam uma relação de aproximação, em que os valores e as crenças de cada uma das partes se vão combinar nos valores e crenças que envolvem a relação que estabelecem”.

PB “(...) Quanto mais perto estivermos dos idosos mais fácil é a forma de cuidar, porque enquanto estamos perto conhecemos melhor, o doente e a sua família (...)”.

PD “(...) Conheço o idoso, as suas qualidades e os seus defeitos, facilita-me bastante trabalhar com eles e prestar os cuidados (...)”.

PE “(...) quando estou próximo do doente acabo sempre por identificar todas as suas necessidades (...)”.

PH “(...) proximidade facilita muito porque se não estiveres perto não consegues detectar o problema, fazer diagnóstico e estabelecer um bom plano de cuidado (...)”.

Bem-estar do idoso no hospital

Berger (1995:112) o bem-estar representa efectivamente um estado de equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio interno e todos os seus outros fenómenos pessoais, presentes a todos os níveis.

PA “(...) dentro da nossa capacidade, na nossa realidade são bem cuidados, pelo menos no nosso sector (...).

PB “(...) cuidado de enfermagem melhorou muito porque os médicos participam mais, e também a diminuição no prolongamento de internamento (...).”

Vantagens de proximidade em adquirir novos saberes ou identificação

Para Hesbeen (2003:73) “o próprio fundamento do processo de cuidados assenta em duas palavras: um encontro e um acompanhamento”. Mas para se ir ao encontro do outro e se caminhar junto, é fundamentalmente conhecer o outro, de modo a se respeitar a sua unicidade.

PB “(...) porque, conhecemos os doentes e os seus familiares (...).”

PF “(...) isso faz com que conheço melhor o idoso e ganhar com ele a experiência (...).”

Vantagens da proximidade na comunicação intra-hospitalar

No que tange a essa subcategoria expressaram os enfermeiros que a proximidade facilita em vários aspectos tanto pessoal como profissional.

Berger (1995:32) “proximidade física reduz a ansiedade durante a relação de ajuda.

A enfermeira mantêm-se perto do cliente e conserva uma atitude afectuosa favorável a comunicação.

PC “(...) às vezes chega um idoso, o médico não conhece, mas eu como já conheço explico (...).”

PD “(...) quando estou próximo consigo sempre identificar alguns problemas, transmitir aos meus colegas e aos médicos se necessário (...).”

PF “(...) quando estou sempre perto identifico as necessidades e facilita a mim a minha equipa e a equipa interdisciplinar (...).”

Qual à importância dos enfermeiros na prestação de cuidados aos idosos

Através das interpretações dos discursos feitos pelos participantes do estudo surgiu a seguinte classe ou tema: “os enfermeiros e as suas individualidades nos cuidados de proximidades” e desta, algumas subclasses ou subtemas como habilidade interactiva no serviço, e habilidade comunicativa no serviço.

Berger (1995:27) mencionou que “a enfermeira que se empenha numa relação de ajuda trabalha não só com o cliente mas também consigo própria. Utiliza simultaneamente os seus conhecimentos, o seu saber - fazer e o seu saber ser”.

PD “(...) o que consigo resolver resolvo, e outras ajudo a resolver (...)”.

Capacidade de interacção

Para Netto (2002:117) “enfermeiro deverá estar sempre atento ao bem-estar do idoso, sua capacidade funcional, sua inserção familiar e social, para mantê-lo mais independente possível, contribuindo para a manutenção da sua dignidade e autonomia máxima, e deverá realizar actividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais”.

E1 “(...) eu propriamente dito no meu caso específico tento ser mais útil possível, e estar mais perto possível (...)”.

E7 “(...) faço tudo para fazer curativo e, para melhorar o estado do idoso (...)”.

E8 “(...) estar sempre ao seu lado para ajudar nas suas necessidades diários (...)”.

Habilidade comunicativa no serviço

A comunicação é um pilar essencial da dimensão afectiva/expressiva, implicando uma troca contínua de informação, humana e pessoal, que facilita a compreensão mútua e de todo o processo de saúde-doença (Fernandes, 2007:17).

Os entrevistados, nesta subclasse ou subtema, mostram capazes de utilizar habilidades comunicativa tanto na relação enfermeiro/idoso, na equipa multidisciplinar e como recursos para resolução do problema dos idosos no meio hospitalar e não só, mostram a necessidade que os idosos têm da comunicação, para poderem expressar os seus sentimentos, de que muitas vezes são ignorados.

PB “(...) cada um com o seu problema patológico, dar conforto, medicamento, conversar (...)”.

PE “(...) quando estou perto faço dialogo (...)”.

PF “(...) às vezes tentamos falar com familiares permitimos visitas (...)”.

PI “(...) falo com doente, dou alimentação, e ajudo na satisfação da necessidade (...)”.

PK “(...) falamos com eles damos carinho e assim eles ficam mais aberto (...)”.

Como os enfermeiros experienciam a fase terminal e a morte no hospital

Não fugindo à regra das outras classes ou temas, da interpretação dos discursos dos participantes sobre “ como os enfermeiros experienciam a fase terminal e a morte no hospital”, surgiram essa classe ou tema: “experiencias dos enfermeiros sobre a fase terminal e a morte no hospital” arrastando com sigo algumas subclasses ou subtemas como: vivências anteriores como auxiliadora, forma de enfrentar a morte, capacidade para contornar a morte, sentimento e afeição perante a doença.

Fries (2003:114), cuidar de uma pessoa no fim da vida é cuidar de uma pessoa com vida, embora se trata de uma vida que se caminha para o fim. Conseguir estar com a pessoa em fim de vida é algo que os enfermeiros fazem, mas sem terem o hábito de reflectirem, posteriormente sobre o que fazem, como fazem e para que fazem.

Vivências anteriores como auxiliar no processo da morte

A maioria dos enfermeiros, mostram enfrentar essa situação embora sabendo que é duro, mas devido a experiência e tempo de trabalhos que já tem nesses sectores, e de ter convivido bastante com essa situação, a pessoa acaba por adaptar e ainda, ganhar força para poder dar resposta a necessidade do doente e da sua família.

PA “(...) devido ao tempo de trabalho (...)”.

PC “(...) sabemos que não podemos fazer nada (...)”.

PH “(...) é uma situação que com o tempo acaba por aprender, como sabes são os cuidados que têm de dar para uma morte digna (...)”.

PI “(...) no inicio sentia muitas dificuldades, quando comecei a trabalhar com essa situação mas agora consigo enfrentar melhor, amadureci, ganhei mais força, mais experiencia (...)”.

Forma de enfrentar a morte

Pessoas em fim de vida necessitam de cuidados de reparação que estão orientados para as alterações que apresenta a nível biológico, social e espiritual. No fim da vida e quando confrontada com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta essencialmente no acompanhamento e no conforto (Pacheco, 2000) cit. in Fries (2003:58).

Os participantes mostraram ser uma situação realmente complicada e preocupante, porque é uma pessoa que esta partindo, mostraram a consciência que é uma situação que tem de dar conforto e proporcionar uma morte digna.

PA “(...) enfrento com um pouco de naturalidade, (...) mesmo sabendo que está na fase terminal, é difícil (...) não sei (...) não sei (...)”.

PB “(...) é uma situação bastante preocupante porque mesmo que é velho mas, não queremos perde-lo (...)”.

PD “(...) é uma situação difícil para todos nós, tento dar um cuidados paliativos, dar muito carinho, para minimizar a dor e proporcionar uma morte digna (...)”.

PH “(...) como sabes são os cuidados que tem de dar para uma morte digna, conforto para que possa ficar bem, para não criar complicações e adiantar a morte tento assistir até a morte (...)”.

Forças para ultrapassar barreiras impostas pela morte

Fries (2003:33) refere que “é preciso consciencializar que já não há nada a fazer e o não, não é verdade”. É lançado como uma busca de sentido para o momento.

Os respondentes mostraram uma certa facilidade para superar essa situação, mostrando a experiência profissional e o conformismo de ser uma situação que não se consegue reverter.

PC “(...) já sabemos que não podemos fazer nada (...)”.

PD “(...) tento dar um cuidados paliativos (...)”.

PF “(...) eu como profissional tenho que ser forte para transmitir confiança ao doente (...)”.

PI “(...) amadureci, ganhei mais força, mais experiência (...)”.

PJ “(...) já fico mais conformado(...)”.

Demonstrações afectivas perante a doença dos idosos

Nós podemos não compreender a vida, mas pelo menos, devemos estar atentos a ela porque os que morrem necessitam de ser recordados e aí fazemo-los sobreviver através da nossa memória e das nossas palavras. Pensar neles conduzem-nos a auto reflexão, não necessariamente a tristeza ou a depressão e até pode tornar-nos mais fortes e mais corajosos, e pensamos na nossa própria morte (Oliveira 1999) cit in (Fries 2005:36).

Essa situação percebe-se alguma dificuldade e, mais acentuado quando o doente está na fase terminal, os participantes consideram uma situação que é muitas vezes desgastante, e fazem os profissionais muitas vezes sentir, incompetente, impotente, triste, mas é coisa que é superável.

PA “(...) muitas vezes é desgastante, em enfrentar essa situação (...)”.

PB “(...) é nessas horas que às vezes sinto-me incompetente (...)”.

PD “(...) sinto uma sensação de impotência, querer ajudar e não conseguir, é triste (...)”.

PG “(...) é um situação desgastante (...)”.

PI “(...) essa situação é triste, nós somos seres humanos, (...)”.

PK “(...) sempre sinto triste mas você como técnico de saúde tem que (...)”.

Quais as principais lacunas que consideras existir em termos dos cuidados no contexto hospitalar

Das análises feitas, dos discursos dos enfermeiros emergiram a classe ou tema:

“As principais lacunas existentes em termos dos cuidados no contexto hospitalar”
apreciações dos enfermeiros e em função dessa classe ou tema, algumas subclasses ou subtemas em seguida apresentadas.

Oliveira, (1999) cit. in Carvalho e Carvalho (2006:21) “para que se verifique mudança de um comportamento individual dever-se -à, pois, investir mais no sistema de comunicação, no qual o sujeito faz a sua aprendizagem, do que na conduta individual do sujeito em causa”.

Os participantes destacaram como principais problemas, a necessidade da presença da família no hospital e em casa, ainda que possa verificar que saem do hospital bem

cuidados, vão para casa e pouco tempo depois voltam a internar-se novamente e é quando o problema está bem avançada, e agravada.

PA “(...) único problema é que os familiares, muitos não querem saber dos seus idosos (...)”.

P C “(...) os idosos chegam com muita falta de cuidados (...)”.

PE “(...) faço educação mas muito pouco por causa de tempo (...)”.

PF “(...) só que são pessoas que necessitam ser orientada, necessitam de mais cuidados”.

Valores da assistência de enfermagem as pessoas idosas

Lobo Antunes (1996:114) realça o caso específico dos cuidados dos idosos (elementos da pratica de enfermagem) os contextos em que ocorrem (serviços de medicina e cirurgia) e os actores dos cuidados (enfermeiros e idosos) protagonizam, no acto de trabalho, a dimensão própria da vida: construção do seu sentido, “com algo de biográfico.

Assim os respondentes enfatizaram que os cuidados dependem do idoso nas suas várias dimensões, que os cuidados de enfermagem ultrapassam a administração de medicação, uma melhoria de cuidados, e é validando qualquer cuidado prestado ao doente.

PA “(...) os cuidados depende de doença, idoso e seu estado de saúde (...)”.

PB “(...) enfermagem não é só dar medicamento, enfermagem é cuidar, dar conforto (...)”.

PC “(...) às vezes tem idosos que nos aceite e à outros que nos rejeita (...)”.

PE “(...) os cuidados tem vindo a melhorar (...)”.

PK “(...) se não tiver enfermagem num sector como vai ser (...)”.

PL “(...) todo o cuidado que se presta ao doente é bastante válido (...)”.

Prestação do auto cuidado deficiente

Para Berger (1995:6) a velhice é a ultima fase do ciclo da vida e durante essa fase o organismo sofre transformações sucessivas. Esta caracteriza-se por grande fragilidade, aparecimento de algumas deficiências e diminuição da actividade física e mental.

Nessa fase da vida é notável o défice de auto cuidado em alguns idosos, principalmente os portadores de doença e mesmo pela idade também, os respondentes

mostraram que num primeiro contacto com os idosos são notados muita falta de cuidados, mas também acentuaram a essa falta de cuidados nos idosos com patologias incapacitantes, e que não conseguem satisfazer essas necessidades por si só.

PC “(...) quando é examinado directamente, há muita falta de cuidados (...)”.

PE “(...) depende da patologia (...)”.

PF “(...) as vezes são idosos que não conseguem alimentar autonomamente, que chegam desidratado (...)”.

PI “(...) idosos com patologias cardíacas, que vem com escaras (...)”.

PK “(...) às vezes os idosos não querem aceitar medicação (...)”.

Como os enfermeiros procuram planear a acção de enfermagem para com os idosos no hospital

Os enfermeiros referiram que trabalham em equipa de três enfermeiros e os doentes idosos são muitos, e na maioria das vezes não conseguem fazer planos de cuidados, tentam prestar cuidados básicos a todos e nos serviços tentam dar mais atenção aos idosos com mais necessidades e se não conseguirem abranger todos os idosos de uma forma satisfatória os companheiros que entram depois dão continuidade dos cuidados, contudo, alguns enfermeiros referem fazerem planos de cuidados.

José Moniz (2003:27) assim, em qualquer situação de cuidados de enfermagem é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa quando está a viver um problema de saúde. É a forma como cada pessoa vivencia os seus problemas que leva o enfermeiro a ajuda-la a encontrar um sentido para esses problemas.

Terminando a análise dos discursos dos respondentes relacionado com o enfermeiro e o planeamento de cuidados de enfermagem, surgiu a seguinte classe ou tema: “o enfermeiro e o planeamento de cuidados de enfermagem” e algumas subclasses ou subtemas abaixo apresentados.

Mecanismo organizacional nos cuidados de enfermagem direccionada as pessoas idosas

Hesbeen (2001:7) considera que a rotina torna os comportamentos rígidos e, para além de levar a perda de tempo com gestos inúteis perante situações particulares,

transforma os prestadores de cuidados em técnicos especializados que passam de cama em cama para fazer o que esta prescrito no plano de trabalho.

Contudo os enfermeiros não mostraram muitas dificuldades na planificação e organização dos cuidados, alguns referem, fazer as planificações e organização do trabalho para criar dinamismo no trabalho, porque cada idoso tem a sua patologia, outros referem fazer gestão de tempo quando tem muitos idosos, referem distribuir tarefas a cada doente o mínimo necessário.

PA “(...) organizo o meu trabalho, aproximo na medida do possível e satisfazer as necessidades básicas que não são todas (...)”.

PB “(...) faço plano de trabalho para criar dinamismo no meu trabalho porque tem idosos que necessitam mais de mim de que outros (...)”.

PC “(...) cada um tem a sua patologia fazemos um plano de cuidado (...)”.

PE “(...) organizo sempre mas não consigo dar um cuidado a cem por cento (...)”.

PH “(...) distribuo tarefas de maneira a dar atenção a todos os doentes, a cada um no mínimo que consigo (...)”.

PI “(...) quando temos muitos doentes fazemos gestão dos tempos para poder distribuir cuidados (...)”.

PJ “(...) hoje somos três, temos que gerir o tempo, temos medicação, prestar cuidados de higiene, vamos verificando outras necessidades para ser complementadas depois (...)”.

Prestação de cuidados assistenciais individualizados

“Assim como é importante saber que todas as pessoas têm necessidades comuns, é igualmente importante perceber que estas são satisfeitas por padrões de vida infinitamente variados, em que não há dois iguais...” (Henderson, 2007:8)

Os respondentes referem que a falta de tempo dificulta na prestação de cuidados individualizados, referindo poucos enfermeiros para o número de doentes nas enfermarias e a inexistência de materiais para dar cobertura as necessidades de cada doentes.

PA “(...) falta de tempo para prestar cuidado individualizado (...)”.

PD “(...) é difícil porque tem muito doente e poucos enfermeiros, precisa fazer mais (...)”.

PE “(...) dou cuidado de acordo com as necessidades que tem (...)”.

PF “(...) tem de saber motivo que esta internado e avaliar os grãos de necessidades e estabelecer um bom plano de cuidado que ele precisa (...)”.

PG “(...) ainda precisamos de muitos recursos (...)”.

PJ “(...) uma pessoa que tem escarras não temos materiais propicio para lidar com a situação (...)”.

PK “(...) cada um com o seu problema, tem uns que exigem mais de que outros”.

Prestação de cuidados por grau de necessidades aos idosos nas unidades de internamento

Costa, (1998:14) esta ideia de prioridade de umas actividades vitais, sob as outras é essencial na prática de enfermagem, uma vez que o enfermeiro tem de ter em conta a relevância que tem cada função vital para o doente.

Os enfermeiros mostraram conscientes na questão de prioridades, na aproximação ao doente e estabelecer uma relação enfermeiro doente para poder verificar as necessidades de cada doente e actuar por prioridade respeitando as necessidades humanas fundamentais e o quadro clínico da pessoa, para poder estabelecer um bom plano de cuidado.

PB “(...) estabelecer um relacionamento doente enfermeiro verificar os doentes mais necessitado e dar reposta segundo as suas necessidades (...)”.

PC “(...) estabeleço prioridade de acordo com o quadro clínico e a pessoa porque temos muitos doente (...)”.

PD “(...) Quando tem muito doente tento ir por prioridade, higiene, alimentação medicação e mudança de posições em acamados tentamos fazer o tempo valer (...)”.

PL “(...) nesse sentido debruça, mais sobre os mais necessitados (...)”.

O que leva os enfermeiros a estarem próximo dos idosos no hospital

Da análise feita referente a esse aspecto, o que leva os enfermeiros a estarem próximo dos idosos no hospital, surgiu seguinte classe ou tema: “motivos que evidenciam a proximidade enfermeiro/idoso no hospital” e desta, as subcategorias profissionalismo e vulnerabilidade.

Profissionalismo

De facto, para que o trabalho em equipa seja funcional deve ser “orientado em torno de projecto de cuidados ou de projecto de cuidar de uma pessoa, dirigidos aos doentes e aos seus próximos” (Hesbeen, 2003:71).

PB “(...) trabalhar com velho é uma forma de trabalhar fenomenal, tem que colocar no lugar daquela doente pensar quando estiver velho (...)”.

PC “(...) é nesses tipos de situação, que analiso e sinto que sou importante no meu trabalho (...)”.

PD “(...) um profissional, tanto para o idoso, como para a sociedade também, eles está doente e são pessoas que dependem de mim (...)”.

PH “(...) Temos que ter encontra a segurança, permitir uma melhor adaptação dos idosos no ambiente hospitalar porque é um ambiente que não é familiar(...)”.

PI “(...) hoje sinto – me satisfeito com trabalho que presto aos idosos (...)”.

Vulnerabilidade

Berger (1995:29) afirma que todos os utentes têm necessidades de ser escutados, apresentando no entanto, o idoso, uma maior necessidade devido a sua vulnerabilidade. Mostra ainda que o enfermeiro é a única pessoa que pode responder a essa necessidade.

Como pode constatar os respondentes mostraram algumas situações que levam a aproximar dos idosos nas suas unidades de trabalho dando ênfase a velhice, as necessidades inerentes tanto a velhice como a doença.

PA “(...) é um doente que pode contrair infecções nosocomiais com mais facilidade (...)”.

PD “(...) na higiene e a nível da alimentação, por causa da perda de apetite, a nível dos deficits, auditivo e visual (...)”.

PF “(...) as vezes estão na fase de demência onde precisam muito de enfermeiro e exige muito esforço (...)”.

PH “(...) doente idoso é muito exigente, tem muita incapacidade temos que estar sempre ao seu lado para ajudar nas suas necessidades diários (...)”.

Quais as necessidades mais identificados pelos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas idosas no contexto hospitalar

Após a interpretação dos relatos dos participantes que envolve às necessidades mais identificados pelos enfermeiros na prestação de cuidados surgiu à seguinte classe ou tema:

“Necessidades mais identificados pelos enfermeiros na prestação de cuidados as pessoas idosas no contexto hospitalar” e referentes a essas, algumas subclasses ou subtemas abaixo descritas.

Estado dos idosos na admissão hospitalar

Pode-se notar nessa subclasse ou subtema que os respondente referiram que à nível da admissão dos doentes idosos nos seus locais de trabalho, com muita dificuldade, por causa do estado que muitas vezes encontram, relacionados com falta de cuidados.

PB “(...) são as condições é que chegam na enfermaria em termos de admissão, em condições bastante degradadas (...)”.

PC “ (...) os idosos chegam com muita falta de cuidados (...)”.

PF “(...) chegam desidratados, e não se consegue canalizar um acesso (...)”.

PJ “(...) não vem acompanhado, não se tem informação (...)”.

Sensação de incapacidade fase a doença

Para Ferreira e Ramos (2007:4), os profissionais de saúde sentem “desarmados” em face da angústia dos doentes em fase terminal, dificilmente estabelecem uma relação de ajuda, sentindo insegurança, impotência perante essa situação e até mesmo um revolta interior.

Embora os enfermeiros mostraram ter algumas experiencia em lidar com esta situação, aqui podemos ver que quais as suas reacções, referindo que é um situação desgastante e, de impotência por não poder reverter a situação.

PA “(...) sinto um vazio, com um sensação de fazer muito e não fazer nada (...)”.

PB “(...) é nessa hora que as vezes sinto-me incompetente (...)”.

PG “(...) é complicado é difícil temos idosos na fase terminal (...) é uma situação desgastante (...)”.

PK “(...) é um situação desgastante tanto para o doente como para profissional (...)”.

Total dependência dos idosos

A dependência no idoso é definida por Sequeira (2007:28) como ”a incapacidade que este possui para cuidar de si próprio no contexto em que vive”.

De acordo com Gesaworld (2005:236) através dos dados obtidos na análise de altas hospitalares verifica-se que a grande maioria da actividade hospitalar se centra em pessoas idosas com patologias crónicas ou subsidiárias de apresentar dependência.

Aqui os respondentes mostraram como dificuldade quando os idosos têm muita dependência, ou são totalmente dependentes, principalmente idosos acamados e debilitados.

PC “(...) cuidados com doentes acamados (...)”.

PD “(...) é um doente debilitado, ou seja quando é totalmente dependente (...)”.

PE “(...) principalmente um paciente na fase terminal que é totalmente dependente de mim (...)”.

PL “(...) doentes totalmente dependente tento descobrir a maneira (...)”.

Barreiras económicas deparada pelos idosos

De acordo com Berger (1995:13) ao cuidarmos de idosos é preciso prepararmos para todas as eventualidades. A gerontologia apresenta múltiplas facetas.

Os respondentes mostraram como dificuldade O estado económico dos idosos e dos familiares em obter alguns objectos pessoais e para a s suas necessidades diárias.

PA “(...) acho que por necessidade de saúde e pobreza muitas vezes no hospital recebem mais cuidados do que nas suas (...)”.

PB “(...) se tivessem melhore condições económicas (...)”.

PC “(...) as vezes temos idosos acamados que precisa de fraldas, as vezes familiares não conseguem porque é cara(...)”.

O tempo e a sua disponibilidade, na prestação de cuidados nos serviços hospitalares

Carvalhais e Sousa (2007:217) os enfermeiros tendem a prestar os cuidados de forma mais apressada, dispensando a esses utentes o mínimo tempo necessário e procurando justificações no cumprimento de rotinas imposta pela instituição.

Os respondentes referem nos seus discursos a falta do tempo para poder prestar um cuidado individualizado e referem querer dar um cuidado mais humanizado de que técnico, mas o tempo não permite.

PA “(...) considero a falta de tempo para prestar cuidado individualizado, (...) faço educação mas muito pouco por causa do tempo (...)”.

PF “(...) muito pouco, por causa da falta de tempo e disponibilidade (...)”.

PK “(...) mas não muito tempo para dar um cuidado mais humanizado do que técnico (...)”.

Considerações finais

Entende-se nesse estudo que a acção de cuidar por parte do enfermeiro passa pelo agir, pela atitude do profissional que é delineado pelas vivências e experiências.

É dever de todos nós, enquanto profissionais de saúde e cidadãos, congregar esforços para a construção e implementação de mais e novas pontes (estratégias) de proximidade que permitem prestar cuidados de qualidade aos idosos, independentemente da margem em que estes se encontrem.

Podemos dizer que a temática, “Cuidado de proximidade para com os idosos” é um tema importante em qualquer sociedade no contexto do cuidar, visto que os idosos são pessoas que muitas vezes se encontram isoladas, mesmo tendo aproximação física dos familiares. Essa aproximação é claramente insuficiente, é necessário muito mais.

As famílias não têm tempo para uma aproximação física afectiva, o stress social a que são submetidos ou simplesmente não dão importância a isso. Muitas vezes são colocados em lares de idosos o que nem sempre é uma boa opção. Quando chegam ao hospital com alguma mazela, devem encontrar profissionais preparados que consigam colmatar esta lacuna afectiva. Devem encará-los de forma holística contribuindo para a sua recuperação e bem-estar. Ainda podemos realçar que o desenvolvimento científico tem contribuído de forma decisiva para o aumento da esperança de vida dos idosos. Os novos conhecimentos, a melhoria dos equipamentos e consequentemente os meios diagnósticos e reforçam a ideia de uma velhice com menos incapacidade possível.

Pensamos que, para os profissionais conseguirem dar uma melhor resposta às necessidades dos idosos e seus familiares no contexto hospitalar, é preciso verem a questão da proximidade nas suas vertentes, tanto física como afectiva.

Em relação aos objectivos alcançados podemos dizer que os cuidados no contexto hospitalar estão intimamente ligados a necessidades de atenção por parte das pessoas idosas. Com efeito os profissionais realçaram que os idosos são sempre bem recebidos no hospital. Mencionaram a fraca participação dos familiares no acompanhamento do doente. Mesmo com a permissão a maioria dos familiares não têm funcionado como adjuvantes

nesse processo. Às vezes os doentes chegam sem companhia e com muita falta de cuidados, o que dificulta a prestação de cuidados.

Verificamos melhorias nos cuidados hospitalares, o nível de cuidado aumentou, tanto no tratamento da doença, como no cuidado com as pessoas idosas, os enfermeiros estão mais capacitados e conseguem prestar um cuidado com mais qualidade.

A nível hospitalar houve progresso dos cuidados em todos os aspectos, com melhores meios para satisfação das necessidades dos doentes idosos. Houve um aumento do número de profissionais de enfermagem, materiais de trabalho, meios de diagnóstico da doença, e o próprio desempenho profissional melhorou. Mesmo com todas essas melhorias há necessidade de se fazer muito mais.

A proximidade do enfermeiro torna-se importante na medida em que ele é um dos que conhece melhor o paciente, além do próprio e a sua família. A aproximação do enfermeiro permite-lhe estar mais contextualizado em relação ao enfermo/ idoso, conseqüentemente cria-se uma empatia decisiva para conseguir ajudá-lo da melhor forma possível. Essa ligação facilita a identificação do problema pelo enfermeiro no meio hospitalar e planejar uma boa acção para melhor cuidar. Além de ajudar na comunicação com a sua família e com a equipa multidisciplinar. A aproximação afectiva enfermeiro/idoso é o elemento essencial de interacção entre todos os agentes do processo

Quando o doente está na fase terminal, em que os desgastes e o sentimento de tristeza toma conta dos familiares, o enfermeiro próximo tem um papel crucial. Nestes momentos o conhecimento do doente e principalmente dos familiares vem ao de cima. São situações muito difíceis em que o enfermeiro tem um papel confortativo, tanto para o doente como para os familiares.

Posto isto, consideramos a vertente da educação para a saúde e os cuidados de continuidade dois pilares fundamentais para os idosos portadores de doenças crónicas e aos seus familiares, ajudando na redução de reinternamento.

Durante a análise vê-se que alguns enfermeiros organizam o trabalho e fazem planos de cuidados e uma outra parte actuam na maioria das vezes através do hábito ou da rotina, prestando cuidados conforme as suas possibilidades onde uns individualizam os cuidados e outros nem por isso, mas na questão de prioridade os enfermeiros estabelecem prioridade de acordo com o grau de necessidade de cada doente.

Constata-se que os enfermeiros ao depararem com os idosos na admissão começam a sentir dificuldades devido a falta de cuidados anteriores.

Tendo em conta os direitos dos idosos a luz dos registos no artigo 76º da CRCV, as entidades maiores e responsáveis devem zelar para fazer cumprir esses direitos e fazer com que saiam do papel. Isto no sentido de melhorar o sistema de saúde a nível primário, secundário e terciário, promovendo formações com profissionais de saúde abordando a temática em questão visto a saúde é uma área importante para o desenvolvimento do país.

Este trabalho permite-nos pensar sobre o quão importante é a proximidade enfermeiro/pessoas idosas no meio hospitalar. Esta temática está na base do cuidar, porque o ser não consegue viver isolado, portanto, os cuidados de proximidade precisam ser valorizados e pesquisados nos contextos hospitalares.

Pensamos que essa temática merece mais atenção e mais investigação para que no futuro possamos colher bons frutos no que atende aos cuidados hospitalares e a proximidade.

Em relação a essas considerações, cabe as pessoas envolvidas nas organizações juntamente com o Governo e Ministério da Saúde tomarem medidas para melhorarem situações, tanto nas comunidades bem como nos hospitais. Deve-se criar uma unidade de internamento adaptado aos idosos que facilite as suas permanências e que dê o mínimo de conforto necessário, com vista a redução de riscos, zelando para os cuidados domiciliários. É muito importante colocar os profissionais de saúde mais próximos desses doentes, que muitas vezes não têm condições físicas e económicas para deslocarem aos centros de saúde e hospitais.

Referência bibliográfica

- ALBUQUERQUE QUEIROZ, Ana; Investigação para Compreender, (2007), Lusociência edições técnicas e científicas, Lda.
- ATKINSON, M. - Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro, (1985). Ed. Guanabara.
- BERGER LOUISE, M. ÉD; MAILLOUX DANIELLE; POIRIER, M. SC. INF. Pessoa Idosa – Uma abordagem global – Edição revista e corrigida – Lusodidacta (1995).
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. K. M. - Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- BOOF, L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis. RJ: vozes, 1999.
- BOLANDER, V. R. (1988). Enfermagem fundamental. 3ª (Ed). Lisboa, Lusodidacta.
- BUSSE, E. W; BLAZER, D. G. Psiquiatria Geriátrica. Porto Alegre: Artmed (1999).
- CABETE, Dulce (2005). “O idoso, a doença e o hospital; O Impacto do internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológica das Pessoas Idosas”, Lusociência Edições técnicas e científicas, Lda.
- CAPRA, F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982: a concepção sistémica da vida.
- CARVALHO, A. & CARVALHO GRAÇA – Educação para a saúde: conceitos práticos e necessidades de formação, um estudo sobre as práticas para a saúde dos enfermeiros. (2006); Lusociência – Edições técnicas e científicas Lda.
- COLLIÈRE, M. – Promover a vida. 2ª Ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN: 972-757-109-3.
- COLLIÈRE, M. (1989). Promover a vida. Lisboa, Lidel; Conceito da Pessoa Idosa. Conselho Internacional de enfermeiras (2003) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPe/ICNP). Lisboa. Gráfica 2000.
- COSTA, M. (1998) – Cuidar idosos: bem viver para bem envelhecer. Um desafio a geriatria. Lisboa: Lidel.
- COSTA, et al. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In: Manual de sinais vitais: O idoso problemas e realidades. Coimbra: Formasau.
- COSTA, M. (2002). Cuidar idosos: formação práticos e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.

DICICCO - Bloom, B; Cohen, D; (2003): Home care Nurses; a study of the occurrence of culturally care. J. Transcult Nurs 14(1):25-31.

FERNANDES, F. (2007) - A comunicação na enfermagem, São Paulo: EPU

FORTIN, M. (1999). O processo de investigação: da concepção a realização, loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.

FRIES, J. F. The comprehension of morbidity. The Gerontologist, Washington, DC, vº 24, nº 4, (2003).

FRIES, J. (2005) Ageing, natural death and the compression of morbidity. New England journal of Medicine.

GAUTHEIR BENÔIT - Da problemática à colheita de dados, 3ª Edição, (2003), Luso Ciência - Edições e científicas, Lda.

GOMES, Germana M. N. (2010) História de enfermagem em cabo verde 1950-2009. Mindelo. Gráfica do Mindelo.

HENDERSON, Virgínia (1960) – Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE – Prefácio de Marta Lima Basto.

HESBEEN, Walter (2001) Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar - Edições Técnicas e científica Lda. Loures: Lusociência.

LAPIERRE, Louise et OWEN, B. Adams, Les personnes âgées: Et la santé, ça va? Ministère de la services sociaux, 1989.

MAGRO, F. C. (1995). Temas em Geriatria – A medicina geriátrica em expansão para o terceiro milénio. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Lisboa: Prismédica.

MINAYO, M. C. S. – Desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONIZ, N. Manuel José. A enfermagem – a prática de cuidados como experiência formativa. (2003); Lusociência - edições técnica e científica, Lda.

NETTO, M. (1996) – Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.

OMS (2005). Envelhecimento activo: Uma política de saúde. Organização Pan Americana de Saúde – Brasil.

PACHECO, S. (1999). A ética no cuidar do doente em fase terminal. Dissertação de mestrado em teologia de saúde e ética, faculdade de ciências humanas, lisboa.

PACHECO, S. – Cuidar da pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusociência, (2002).

PATTON, M. Q. Qualitative Evaluation and research Methods. (1990), 2ª edição, Sage publication.

PAPALIA, D. & Olds, S. (2000). Desenvolvimento Humano. (D. Bueno, trad.) Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 1998).

PIMENTEL, L. – O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Ed. (2001). ISBN 972-8535-66-X.

QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc — Manual de Investigação em Ciências Sociais, (1998), 1ª & 2ª edição, Lisboa: Gradiva.

QUIVY, RAYMOND; VAN CAMPENHOUT, Luc — Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, (2008).

ROY, S. C.; ANDREWS, H. A. The Roy adaptation model: the definitives statement. Norwalk, Connecticut: Appleton e langue 1991.

SEQUEIRA CARLOS: Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental; Lidel-edição técnicas, Lda. Outubro (2010) (cap. 1)

SEQUEIRA, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes - diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto Editora.

SEQUEIRA, Daniela. Cuidados Familiares ao Idoso Dependente – (2007), Cadernos Climepsi de Saúde 4 (cap. 1/2).

STRUBERT E CARPENTER – Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando - O Imperativo Humanista, 2ª edição. (2002), Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda.

WATSON, Jean (1988) – Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. New York: National league for nursing.

WATSON, Jean; ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar, uma teoria de enfermagem, (2002) Lusociência – Edições Técnicas e científicas, Lda.

UAL: 2010. PNS (Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 / Online) <http://pns.dgs.pt/files/2010/10/ual.pdf> 02-08-13.

URL: www.ipv.pt/millennium26/default.htm (13.05.2013)

VIEIRA, E. B. (1996) – Manual de Gerontologia. Rio de Janeiro, Revinter.

Artigos Científicos:

BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. M. (1996), "Concepts of health, behavior, and aging"

CRAIG JEAN V. SMYTH ROSALIND L. - Prática Baseada na Evidência, Manual Para Enfermeiros. (2002), LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e científicas, Lda.

CARVALHO & SOUSA – Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade. In Encontro Psicogeriátrico do Porto, Portugal, 14 Fevereiro (2007).

FERREIRA & RAMOS. - A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Revista Brás Enfermagem (2007).

FORTIN, MARIE - FABINNE - O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO – da concepção a realização, 1º Edição, (1999), LUSOCIÊNCIA - Edições técnicas científicas e Lda.

GESAWORL - Sociedade Anónima – Relatório final da fase I de diagnóstico, 09/2005 (citado em 1/09/2007).

Gouvernement du Québec, loi sur les infirmières et infirmiers, L.R.Q., Québec, Editeur officiel du Québec, Chapitres (1984).

NOGUEIRA, J. M. de Abreu (2009). Cuidados continuados.

Anexos

A sua Diretora do Hospital para qualificação e tomada de decisões
Contra-Superintendente

Substanciado se o Superintendente achar conveniente.
Elaborado 24/04/13

Exmo. Sr. Enfermeiro
Superintendente de HBS

Assunto: solicitação de consentimento informado

Eu, **Odair José carvalho Bango**, nascido aos 14 de Março de 1986, portador do B1 205570, filho de Cecílio Sequeira Bango e Júlia Vieira Carvalho, Natural da Ilha Brava, Freguesia de Nossa Senhora do Monte, estudante do 4º ano do curso Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo e finalista este ano, vem muito respeitosamente solicitar a vossa excelência uma autorização para recolha de informação através, da técnica de recolha entrevista na instituição que a vossa excelência dirige, especificamente nas unidades de internamento de medicina e de cirurgia, que servirá para elaboração da fase empírica do meu projecto final de conclusão de curso.

Ao longo desta recolha, procurarei não interferir com o trabalho dos(as) enfermeiros(as). Em relação a este aspecto, importa realçar que no contacto, caso a vossa excelência aceitar este pedido, respeitarei as normas e rotinas, cultura organizacional e regras estabelecidas nas mesmas, adoptando uma postura de respeito e de colaboração.

Na expectativa de uma resposta favorável aguardo atentamente um parecer favorável.

Os meus melhores cumprimentos.

Mindelo aos 23 de Março de 2013

O requerente
Odair José C. Bango
Odair José Carvalho Bango

Este documento, desde que que respeito os dados pessoais e que os dados recolhidos sejam exclusivamente utilizados para fins académicos, não poderá ser divulgado para terceiros.
Contra-Superintendente
04-04-2013

Móvel: 593 75 84

Entrevistas exploratórias:

Guião de entrevista

I Parte

Caracterização dos participantes:

- ✓ Nome: A
- ✓ Serviço: medicina / cirurgia
- ✓ Sexo: M/F
- ✓ Idade: 32
- ✓ Tempo de serviço: 8
- ✓ Local: HBS

II Parte:

Questões:

- 1 - Que noções dos cuidados apresenta os enfermeiros dos cuidados hospitalares hoje em dia às pessoas idosas?
- 2 - Como aprecia os progressos que tem ocorrido nos cuidados hospitalares?
- 3 - Quais os valores que atribui a proximidade dos cuidados nos serviços hospitalares?
- 4 - Achas que essas proximidades dos cuidados com as pessoas idosas facultam a identificação de necessidade e resolução dos problemas a nível hospitalar?
- 5 - Qual a importância do enfermeiro na prestação de cuidados aos idosos?
- 6 - Como os enfermeiros experienciam a fase terminal e a morte no hospital?
- 7 - Quais as principais lacunas que deparas, quando os idosos internam no seu unidade de trabalho?
- 8 - Como os enfermeiros planeiam a acção de enfermagem para com os idosos no hospital?
- 9 - O que leva os enfermeiros a estarem perto das pessoas idosas no hospital?
- 10 - Quais as necessidades de saúde que mais tem identificado na prestação de cuidados a pessoas idosas à nível hospitalar?
- 11 - O que diria quanto ao tempo, recursos humanos e materiais no seu contexto de trabalho?
- 12 - Quais os obstáculos identificados pelos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas idosas no contexto hospitalar?

Texto de codificação de dados por unidade de análise

Classes / tema

Interpretações feitas pelos enfermeiros a proximidade de cuidados.

Subclasses / subtema

Vantagens da proximidade na identificação de necessidade hospitalar.

Unidades textuais

PA - “(...) *sim, eu acho que proximidade é bastante importante ajuda-me a conhecer melhor o idoso doente, analisá-lo e vê-lo no seu todo (...)*”. PB “ (...) *quanto mais perto estivermos dos idosos mais fácil é a forma de cuidar, porque enquanto estamos perto conhecemos melhor, o doente à sua família (...)*”. PC “(...) *sim, em parte existe vários aspectos que essa proximidade facilita a actuação em todos os aspectos de relação enfermeiro idoso (...)*” PD “(...) *Conheço o idoso, as suas qualidades os defeitos, facilita-me bastante trabalhar com eles e prestar os cuidados (...)*” PE “(...) *quando estou próximo do doente acabo sempre por identificar todas as suas necessidades (...)*” PF “(...) *uma proximidade frequente com os idosos facilitam responder as suas necessidades, mas tudo depende da maneira como aceitar o doente (...)*” PG “(...) *proximidade é sempre bom, ajuda-me como profissional e o doente e as equipas de saúde(...)*”. PH “(...) *proximidade facilita muito porque se não estiveres perto não consegue detectar o problema, fazer diagnostico e estabelecer um bom plano de cuidado (...)*”.

Classes / tema

Interpretações feitas pelos enfermeiros a proximidade de cuidados.

Subclasses / subtema

Bem-estar do idoso no hospital.

Unidades textuais

PA “(...) *dentro da nossa capacidade na nossa realidade são bem cuidados, pelo menos no nosso sector (...)*” PB “(...) *cuidado de enfermagem melhorou muito porque os médicos participam mais, e também a diminuição prolongamento de internamento melhorou muito (...)*”. PC “(...) *cuidado de enfermagem melhorou muito porque os médicos participam mais, e também a diminuição prolongamento de internamento melhorou muito (...)*”.

Classes / tema

Interpretações feitas pelos enfermeiros a proximidade de cuidados.

Subclasses / subtema

Vantagens da proximidade em adquirir conhecimento.

Unidades textuais

PB “(...) *conhecemos o doente a sua família, facilita imenso porque, é só pensar que um dia possa estar nessa situação (...)*”. PF “(...) *isso faz com que conheço melhor o idoso e ganhar dele a experiencia (...)*”.

Classes / tema

Interpretações feitas pelos enfermeiros a proximidade de cuidados.

Subclasses / subtema

Vantagens da proximidade na comunicação.

Unidades textuais

PC “(...) *as vezes chega um idoso, o medico não conhece, mas eu como já conheço explico ao médico ele é assim, cosido e assado (...)*”. PD “(...) *e mesmo também consigo desempenhar o meu trabalho melhor porque quando estou próximo consigo sempre identificar alguns problemas, transmitir aos meus colegas e aos médicos se necessário (...)*”.